



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

Título

Propuesta psicopedagógica para disminuir síntomas depresivos y favorecer el lenguaje-comunicación a nivel preescolar.

TESIS

Para obtener el Grado de Maestro (a) en Psicología

PRESENTA

Fidji Danaé Pérez Álvarez

Director de Tesis:

Dra. Dení Stincer Gómez

Comité Tutoral

Dr. Ulises Delgado Sánchez

Mtra. Luz Ximena Ramírez Bassail

Dr. Ricardo Magos Núñez

Dr. Luis Pérez Álvarez

Septiembre, 2019.

Agradecimientos

En todo trabajo de investigación existen personas que te acompañan directa e indirectamente, y doy gracias por el apoyo, la empatía y el impulso durante este trayecto formativo.

Primero, gracias Dios por el acompañamiento en los momentos de prueba, gracias por confiar en mí y crear un diseño único.

Gracias abuela materna, porque aun desconociendo los menesteres educativos, fuiste un impulso constante que me enseñó a trabajar por los sueños: “y si tienes miedo, hazlo con miedo, pero hazlo”, te marchaste a mitad de este trayecto académico, pero dejaste una huella insustituible que siempre llevaré en mi corazón, Florecita.

Agradezco a mi madre por enseñarme a ser constante, disciplinada y apasionada en pro- de la vida, por el apoyo incondicional y por ser una madre fuerte; convincente con sus palabras y hechos. Te amo, Álvarez Herbert. Eres mi ejemplo.

Agradezco a mi padre Augusto Renato por impulsarme a ser mejor persona cada día, por incitarme a profundizar temas de interés con el fin de subsanar las lagunillas desde pequeña. Gracias papá por ser un ejemplo a seguir, por salir adelante ante las necesidades y recordarme que la vida es un momento que debemos disfrutar, recordando que “nacemos, vivimos y morimos en las organizaciones; tú vive hija todo lo que puedas y disfruta lo que haces”.

A mi sobrino Yeshua Zabdí, por desarrollar en mí la paciencia, el amor y las habilidades lúdicas que en la actualidad forman lo que soy en mi campo de investigación, gracias por hacerme crecer a través del papel de tía.

A la Dra. Dení Stincer Gómez por ser mi asesora de tesis; por acompañarme paso a paso en esta investigación; a través de conocimientos, orientación, confianza y gran paciencia. Definitivamente usted es una de las personas de mayor impacto en mi formación académica. Le agradezco.

A la Mtra. Luz Ximena Ramírez Bassail por ser parte de mis revisores de tesis; por tener un corazón noble, solidario que, a través de su enseñanza directa fomentó la pasión hacia el área de mi interés. Gracias Maestra, sin usted no hubiese encontrado la organización de mis ideas para la profundización de este camino. Aprecio su aporte a mi vida académica y personal.

Al Dr. Ulises Delgado Sánchez por dedicarme tiempo e incitarme de forma constante a publicar los hallazgos y aumentar mi pasión hacia el conocimiento.

También quiero agradecer al Dr. Ricardo Magos y al Dr. Luis Álvarez por la revisión exhaustiva, las consideraciones particulares y generales que hicieron de este proyecto una mejor profundización.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT-México) le agradezco el financiamiento brindado durante todo el proceso de formación de maestría; que me permitió

publicar artículos y hacer una estancia académica enriqueciendo conocimientos, abriendo puertas de oportunidad e inmiscuyéndome en el ministerio de la psicología.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN.....	6
Capítulo 1 Marco conceptual	9
1. Marco conceptual.....	10
1.1 Depresión infantil.....	10
1.2 Causas de los síntomas depresivos en niños	13
1.3 Prevalencia en México.....	14
1.4 Teoría de apego y su relación con la depresión	15
1.4.1 Apego seguro; Ainsworth (1978).....	16
1.4.2 Apego ansioso ambivalente	16
1.4.3 Apego ansioso evitativo.....	17
1.5 Teoría de la desesperanza de la depresión (Abramson, Metalsky y Alloy) y Teoría de Beck. .	19
1.6 Lenguaje y comunicación: Preescolar	21
Capítulo 2 Terapia de Juego	33
2. Terapia de Juego	34
2.1 Antecedentes históricos de la terapia de juego	35
2.2 ¿Para qué sirve jugar?.....	36
2.3 Terapia de juego y el lenguaje: comunicación	38
2.4 Teorías del Juego.....	40
2.5 Terapia narrativa en niños	44
Capítulo 3 Estructura de la investigación	50
3.1 Planteamiento del problema.....	51
3.3 Objetivos	54
3.3.1 Objetivo general.....	54
Objetivos específicos	54
3.2 Justificación.....	54
3.4 Supuestos.....	56
3.5 Método	56
3.6 Diseño metodológico paso a paso	58
Capítulo 4 Resultados	61
4. Resultados	62
<i>Fase I: Diagnóstica</i>	62
<i>Fase II</i>	67
<i>Fase III – Evaluación final</i>	110
CASO 1- Test del árbol Daniela	114
CASO 2- Test del árbol Paco.....	117
CASO 3- Test del árbol Bella	121
CASO 4- Test del árbol Eli.....	125
CASO 5- Test del árbol Rodrigo.....	127
CASO 6- Test del árbol Lucas	130
Capítulo 5 Discusión y conclusión.....	134
Referencias bibliográficas	144
ANEXOS	158

Índice de figuras

Figura 1. Marco teórico	9
Figura 2. Aporte teórico de intervención	33
Figura 3. Estructura de investigación	50
Figura 4. Fases del proyecto	59
Figura 5. Resultados por fase	61
Figura 6. ESDM (3-6). Resultados Preliminares	62
Figura 7. Criterios de instrumento ESDM (3-6).....	63
Figura 8. PEABODY. Resultados preliminares	64
Figura 9.	96
Figura 10.	103
Figura 11.	109
Figura 12. ESDM (3-6) Resultados	111
Figura 13. PEABODY- Resultados.....	113

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de tesis tuvo como principal objetivo constatar que la intervención basada en los principios de terapia narrativa en niños a nivel preescolar disminuye los síntomas depresivos y mejora las competencias de lenguaje y comunicación, aplicando técnicas de juego simbólico y aspectos externalizantes que contribuyan a las interacciones verbales de forma eficaz, pero también buscando un sentido emocional de las vivencias actuales, bajo el supuesto que las dos variables tienen relación entre sí.

Durante el desarrollo del proyecto se hizo un análisis hermenéutico y gracias a ello se muestran los estados emocionales negativos fluctuantes, la dinámica familiar y la funcionalidad que tienen los roles parentales alrededor de la vida del niño que hacen de ello la disminución de la expresión oral entre sus pares.

Parson (1990) habla que, tanto los padres, profesores y entorno en general, deben encargarse de la protección de los niños, protección que constituye de cuidado físico, emocional, económico, entre otros, sin embargo, el aspecto emocional se ha tornado poco transcendental en varias instituciones educativas básicas donde se presentan ciertas características como: insatisfacción, experiencias de tristeza, desinterés al realizar actividades y disminución del habla en sus alumnos, y la atención de este agente educativo ha sido nula o carente de cuidado.

De esa manera se estaría proporcionando a la ciencia, material para complementar las investigaciones actuales que comprueben que, el efecto de la depresión infantil puede ser un factor influyente en el comportamiento escolar de los niños y puede repercutir en las relaciones sociales por la falta de comunicación como el proceso elemental del ser humano.

Se trata de anunciar a la comunidad, a personas especializadas en este campo, maestros y padres de familia que, a través de la terapia de juego, en específico la terapia narrativa se pueden

resolver conflictos adecuadamente desde afuera, sin juzgar y respetando la fantasía del infante, ya que la depresión es considerada el resfriado común de los trastornos psiquiátricos debido a sus altas tasas de incidencia y prevalencia (Aguado, Silberman y Manrique, 2005).

Por lo mismo, el proyecto está interesado en rescatar a la infancia a través de la libertad verbal y la estabilidad emocional que se encuentra en el juego y en la participación lúdica, de esa manera a continuación se muestran los 4 capítulos que lo conforman:

En el capítulo 1 se aborda la conceptualización de la sintomatología depresiva, causas, consecuencias, la incidencia en México, consideraciones generales y teorías que sustentan tal concepto, además se plantean las competencias básicas que establece la secretaría de educación pública en nivel preescolar; teorías del lenguaje según diversos autores, los problemas de lenguaje más comunes en los niños y la relación que tienen con los síntomas depresivos.

En el capítulo 2 se muestra la terapia de juego de forma general, los enfoques teóricos y la intervención elegida que fue la terapia narrativa como el desarrollo del tratamiento en la población seleccionada; donde se explica de forma detallada las técnicas, los juegos en específico y la incidencia de aplicación en niños y adolescentes, así como investigaciones que sustentan la eficacia de dicha terapia.

En el capítulo 3, se presenta el cuerpo metodológico del proyecto; método utilizado, participantes, instrumentos, procedimiento y esquematización de las actividades realizadas durante intervención.

En el capítulo 4 se muestran los resultados; diagnóstico, análisis hermenéutico, y la evaluación final, a través de esta fase se hace evidente el cambio de las estructuras emocionales negativas y la mejora en la expresión verbal en cada uno de los casos, además según los datos obtenidos se cumplen las primicias de la terapia narrativa como una de las intervenciones con mayor eficacia en los espacios escolares y clínicos, puesto que su principal objetivo es impulsar el

lenguaje en espacios seguros, un lenguaje libre, constante y no metódicos, logrando esto por medio de cuentos y la simulación del conflicto; como un filtro negociador de las atribuciones negativas hacia motivaciones según el grado de madurez de cada niño (Stagnitti y Jellie, 2006).

Capítulo 1 Marco conceptual

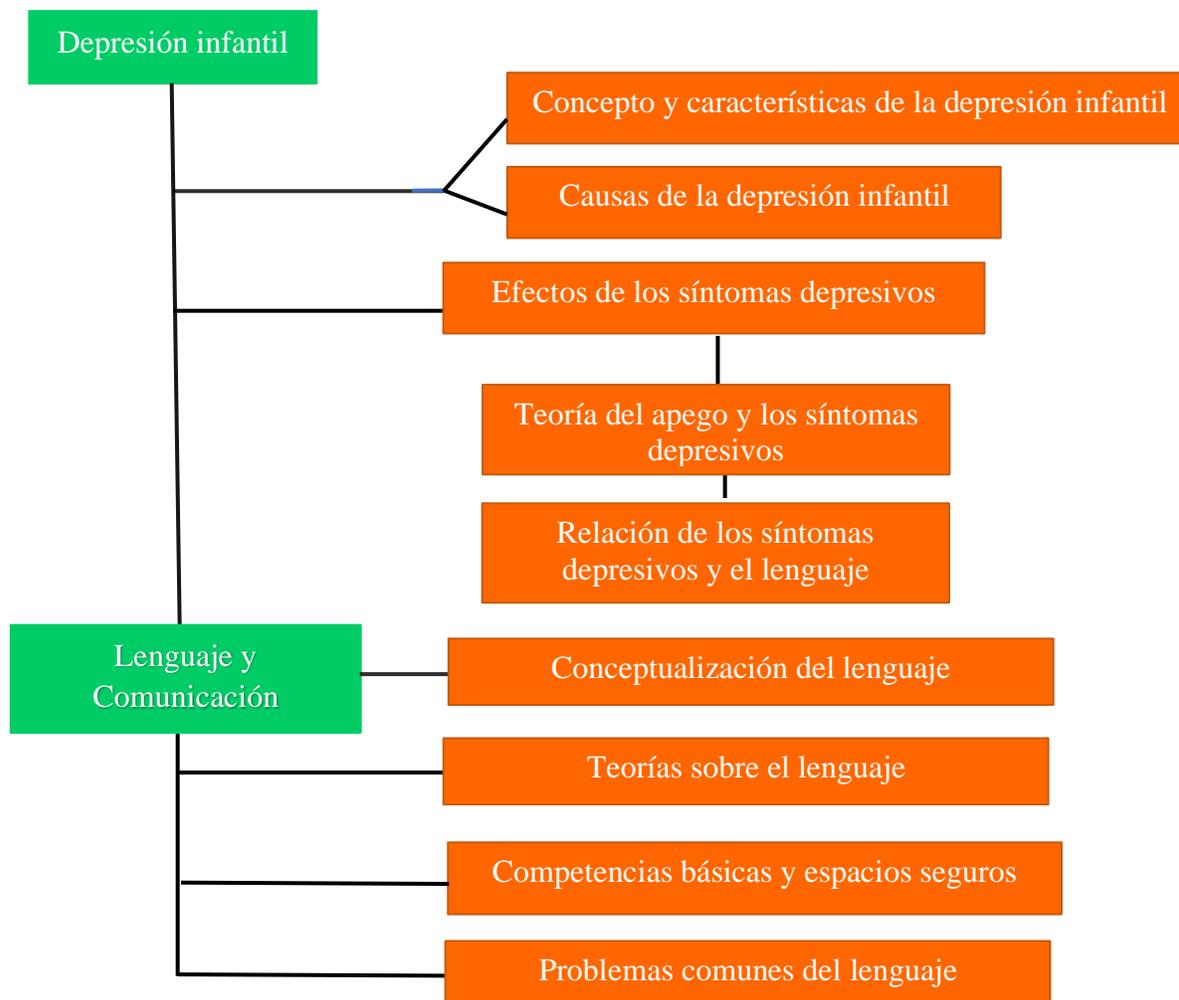


Figura 1. Marco teórico

1. Marco conceptual

En el presente capítulo se exponen los dos conceptos principales de la investigación, tal como son: la depresión infantil (concepto, su incidencia en México, características principales de la depresión, la influencia de síntomas depresivos en el aula, la teoría de la desesperanza como soporte teórico de la problemática) y el lenguaje y la comunicación (concepto de lenguaje, la diferencia con el concepto de comunicación, las competencias generales que establece la Secretaría de Educación Pública, las expectativas en el aula y las problemáticas del lenguaje de forma funcional, basado en la teoría de Bühler).

1.1 Depresión infantil

Partiendo de las definiciones básicas que conforman el tema de investigación:

La depresión se describe como un aspecto afectivo de tristeza, vinculado a sentimientos de abandono, e infelicidad propia, que afecta los medios de una persona abarcando la cognición, la función orgánica y social (Mackinnon & Michels, 1973).

Desde la etapa infantil, la depresión es conocida como una enfermedad severa que ha tomado partido en edades muy pequeñas, por ejemplo: de 2 a 5 años, comprometiendo la integridad del niño (Arieti, 1990).

Según la OMS (2017) la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

El Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia (2009), especifica que los síntomas de la depresión infantil en menores de siete años son:

1. Ansiedad

2. Irritabilidad
3. Rabieta
4. Llanto inmotivado con carencia de justificación.
5. Quejas somáticas como cefaleas, dolores de estómago.
6. Pérdida de interés por juegos habituales.
7. Referencia a la muerte (palabras o dibujos).
8. Abulia (falta de energía para realizar actividades).
9. Dificultad para expresarse, con tendencia a la inhibición excesiva.

Según otros autores, la depresión se posiciona con las siguientes características:

Tabla 1

Características de síntomas depresivos a través de diferentes autores.

Autores	Preescolar (Características)
Año	
Ryan (1987)	Apariencia depresiva, quejas somáticas, agitación psicomotora, trastornos fóbicos, ansiedad de separación y alucinaciones.
De Ajuriaguerra & A López-Zea (1977)	Enuresis, onicofagia (hábito de comerse las uñas), miedos nocturnos, crisis de llanto y gritos.
Carlson & Abbot (1995)	Apariencia sombría o de enfermedad, llorosos, irritable, enuresis, encopresis, quejas, somáticas, conductas negativistas o autodestructivas.

Fuente: (Adrianzén,1998)

El DSM-V (2013) estipula que los niños con síntomas depresivos tienen ciertas características, como: autoestima, irritabilidad persistente, baja autoestima, escasas habilidades sociales y apariencia triste.

Ferster (1965) fue uno de los primeros psicólogos que estudió el fenómeno depresivo dentro de un marco clínico/experimental, según este autor, la principal característica de la depresión es la reducida frecuencia de conductas reforzadas positivamente que sirven para controlar el medio, y por ende, se produce un exceso de conductas de evitación o escape ante estímulos aversivos.

Para poder entender más específicamente la depresión infantil, es importante describir la tristeza, como parte de las emociones que son vinculadas con: autocompasión, desánimo, percepción de vida apática, autocompasiva y cierto pesimismo.

Considerando que existen diferencias entre síntoma depresivo y trastorno (síndrome) depresivo.

Por síntoma de depresión se refiere a la experiencia de tristeza, la pérdida de interés o de placer, la falta de capacidad de respuesta y condiciones similares, el término “síntoma” se maneja como alteración en el organismo que permite analizar el origen de la enfermedad formando parte de un diagnóstico.

Se ha sugerido que el concepto de trastorno depresivo se reserve para noción de depresión como síndrome, en donde se explica que la depresión es un conjunto de rasgos entre sí, que consiste en aparición de síntomas en un estado de ánimo negativo que va de la mano con problemas físicos, de comportamiento y a nivel intelectual (Rutter, 1986).

Desde la perspectiva neuronal; el cerebro está constituido por regiones que procesan emociones y que en ocasiones son interrumpidas y estas producen episodios depresivos.

Investigadores de la Universidad de Illinois en Chicago (2016) han constatado mediante neuroimagen, que la amígdala (región implicada en el procesamiento de las emociones) se desacopla de la red emocional en las personas que han experimentado episodios depresivos.

Sin embargo, para fines de la investigación se utiliza el concepto básico patológico que establece el DSM-V (2013) quien parte de parámetros metódicos y sustento médico a través de las variaciones vivenciales del paciente, creando un concepto amplio de las consecuencias y las causas en los estados críticos constantes de la salud mental inclinándose al factor principal en la vida diaria de la persona (aspectos familiares).

En los siguientes apartados aparecen las causas y la prevalencia en México.

1.2 Causas de los síntomas depresivos en niños

Las causas de la depresión infantil son abundantes, una de estas causas puede ser situaciones ambientales- familiares como: separación de los padres, depresión en algún familiar, cambios de la vida diaria, enfermedades, hermanos con problemas, exceso de expectativas paternas, accidentes, fracaso escolar, dificultades afectivas, abuso y maltrato infantil (Icaza, Borges-Guimaraes, Lara, Ramos-Lira, Zambrano & Fleiz-Bautista,2005).

Garibay Ramírez, Jiménez Garcés, Vieyra-Reyes, Hernández González & Villalón-López (2014) consideran que las causas radican cuando el niño fue poco estímulo en el nacimiento y no se logran apegos afectivos, también creen que existen vivencias negativas dentro del vínculo primario y su mismo entorno social, donde a pesar de presentarse cambios en cualquier familia el niño es capaz de manejar las modificaciones siempre y cuando los padres sean capaces de dar un sustento emocional, sin embargo, hay conflictos dentro del hogar que se presentan de forma agresiva y de violenta frente al niño/o directamente que anulan la supervivencia de los estados emocionales efectivos.

1.3 Prevalencia en México

Durante gran parte del siglo XX, la investigación en el campo de la salud mental infantil se centró en entender los cuadros emocionales y de afectividad en las diferentes etapas del desarrollo, debido a la prevalencia de los estados de ansiedad y depresión observado en infantes (González, Herrero, Viña, Ibáñez y Peñate, 2004).

La organización mundial de la salud explica que la depresión es un trastorno mental frecuente, que daña a más de 300 millones de personas en el mundo, esta cantidad representa la principal causa mundial de discapacidad, dado que, la persona deja de ser productiva tanto en rol individual como en el rol social.

La cifra de la depresión es muy alarmante, se reporta que para el año 2020, la depresión será la causa principal de incapacidad en el mundo y en México (OMS, 2017).

Como antes ya se mencionó, en México el 29.9 %, es decir, aproximadamente de 100 niños 30 de la población de los integrantes que tienen 12 años, viven con síntomas depresivos, esto equivale a; por cada 100 personas 32 padecen dicha situación.

La organización mundial de la salud estima que un 7% de la población infantil entre los 3 y los 12 años se encuentra afectada por uno o más problemas de salud mental, siendo los más frecuentes: depresión e intentos de suicidio (Muñoz & Marcial, 2005).

El jefe del departamento de Psiquiatría y Medicina del Adolescente del Hospital Infantil de México Federico Gómez, Jesús María del Bosque Garza, aseguró que el; 6% de la población entre tres y seis años padece depresión; y alertó que, si no reciben atención psicológica oportuna, las consecuencias pueden ser el abuso de sustancias tóxicas, la deserción escolar o el suicidio (Vergara, 2018).

Vásquez (2010) experto en Psiquiatría del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) explicó que la depresión infantil en México afecta al 3% de los niños y niñas, además afirmó

incluso que los menores se pueden deprimir desde el primer año de vida, cuando hace falta el apoyo y afecto materno desde el rechazo en la gestación.

En el siguiente apartado se explica la teoría de apego como parte importante del vínculo afectivo entre la madre- el hijo y la combinación con la depresión.

1.4 Teoría de apego y su relación con la depresión

Bowlby (1986) fue pionero en los trabajos sobre teoría de apego, consideraba que los seres humanos se vinculan afectivamente con otros, como un intento a sobrellevar el dolor emocional; “depresión, como consecuencia de la separación indeseada” (p.31).

El apego es el primer vínculo entre un bebé y una madre o persona que asuma tal rol, esta relación es muy importante, ya que predispone al individuo a tener relaciones afectivas saludables o no, a causa de la buena calidad del cuidado entre ambas partes.

En la actualidad, el mundo presencia eventos mayormente estresantes y devastadores que en tiempos pasados, ahora ocurren con frecuencia; asesinatos directos de padres hacia hijos, abuso sexual entre hermanos, negligencia severa y tortura física hacia bebés, en casos aparentemente “menos” graves pero con afección emocional; las madres están ausentes por trabajo o por alguna otra actividad y todas estas situaciones hacen que los niños no tengan una satisfacción de necesidad primaria; como es el cuidado, la calidez, el amor y el respeto que debería tener una madre hacia su hijo y a consecuencia de ello, estos afectos inconclusos van dañando a temprano y a largo plazo la salud mental y físico de los niños (Cicchetti & Schneider- Rosen, 1984).

Esta teoría enmarca los modelos operativos desde la perspectiva del niño a través de las experiencias que tienen con sus padres, tomando en cuenta que esa narrativa es la que ayuda a conocer la realidad dentro del hogar.

Dentro de esta teoría existen estilos de apego que muestran la presencia de emociones específicas entre la madre y el niño:

1.4.1 Apego seguro;

Cuando los padres o los cuidadores se van, el niño presenta angustia, pero cuando este regresa, el niño encuentra la calma, revelando que el vínculo entre los dos es de confianza.

Los niños que logran este apego, son niños proactivos que pueden relacionarse recíprocamente entre más personas y son más propensos a enfrentar situaciones bajo estrés (Ainsworth, Blehar & Waters, 1978).

La emoción que predomina es la alegría, en un estudio que explora la relación entre estilos de apego y síntomas de ansiedad y depresión muestra que los niños con apego seguro exhiben menores niveles de ansiedad y depresión, comparado a los niños con estilos inseguros (Muris, Mayer & Meesters, 2000).

Bowlby (1986) muestra un ejemplo de lo que significa un apego seguro: “Un niño con apego seguro juega con los juguetes, se aflige cuando la madre abandona la habitación, interrumpe el juego y, de algún modo, demanda el reencuentro, cuando la madre vuelve, se consuela con facilidad, se queda tranquilo y vuelve a jugar” (pág. 55).

1.4.2 Apego ansioso ambivalente

Los niños que presentan apego ansioso ambivalente tienen una angustia muy fuerte ante la separación del cuidador, cuando este regresa hay enojo y rechazo además de miedo, como respuesta al abandono.

Bowlby (1986) ejemplifica este apego:

Los niños reaccionan fuertemente a la separación. Cuando la madre regresa, estos niños buscan el reencuentro y el consuelo, pero pueden también mostrar rabia o pasividad: no se calman con facilidad, tienden a llorar de una manera desconsolada y no retoman la actividad de exploración. Estos niños se clasifican como inseguros ambivalentes o ambivalentes preocupados (pág. 55).

Estos niños desarrollan tendencias depresivas, por el alto nivel de preocupación en el rechazo y el abandono entre la madre como primer momento, donde perjudica sus relaciones sociales a etapas siguientes al pensar “no soy merecedor de nadie, todos se van”.

1.4.3 Apego ansioso evitativo

Garrido-Rojas (2006) considera que los niños con este apego, presentan la ausencia de angustia y de enojo, son indiferentes ante la presencia y la ausencia de la madre, además de formar un aspecto evitativo fomentando el deseo intenso de la autosuficiencia, el niño está tan despreocupado por la separación que aparentemente no le causa dolor, sin embargo, se crea ansiedad interna y agresividad oculta.

Este apego se coloca en medio del apego ambivalente y el apego seguro, la emoción que predomina en la evitación es la rabia con episodios de agresividad que aparentemente no afecta para las guarderías y los preescolares, ya que el niño no lo expresa de manera instantánea, sino se muestra indiferente ante su medio.

Bowlby (1986) relata el ejemplo de un grupo de niños con apego evitativo:

No querían estar con la madre y no lloraban ni mostraban signos abiertos de disgusto cuando ella abandonaba la habitación. Cuando la madre volvía, estos niños evitaban de forma activa el contacto con ella... parecían estar más atentos a los objetos inanimados que a los sucesos interpersonales (pág. 55).

Spitz (2001) cree que los niños se vinculan afectivamente con padres que satisfacen sus primeras necesidades; alimento, cariño, seguridad y esto va fortaleciendo la tendencia a la afiliación saludable, amor propio y disminuye las posibilidades de emociones negativa, tomando en cuenta que la población mexicana atribuye suma importancia a la familia, aunque desafortunadamente muchas personas padezcan de apegos no fortuitos.

Las tendencias depresivas en niños se atribuyen a situaciones familiares donde los padres tratan al niño como detestable, incompetente o simplemente los padres estén ausentes de modo que no se pueda crear un vínculo favorable (Otárola Montoya,2015).

La influencia de los estilos de apego y la depresión es inevitable, desde el momento que comienzan las alteraciones en el vínculo y el niño no es capaz de adaptarse en el medio de forma adecuada, mostrándose hostil, apacible, indiferente e irritado.

Los niños con apego inseguro son más vulnerables a tener síntomas depresivos por la falta de la disponibilidad de la madre, la negligencia y el ambiente inseguro y poco estable en el que se encuentra.

También los niños con apego ambivalente tienen tendencias depresivas, puesto que no logran comprender el afecto y el cuidado de los padres que se marchan y vuelven: “mi mamá hoy está, mañana no, y otro día? tampoco lo sé”, lo que limita la autonomía, la protección y la falta de apoyo para las necesidades.

Tomando en cuenta que esto no quiere decir que todos los niños que presentan estas condiciones por ausencia de la madre desarrollan síntomas depresivos, ya que existen otras condiciones particulares.

Hablar de los estilos de apego y la depresión permite que especialistas de la salud mental indaguen a profundidad las causas que producen los mismos síntomas y consideren los vínculos afectivos de la figura primara – y el hijo, como un factor importante que coadyuva al diagnóstico puntual.

En el siguiente segmento se explican teorías clásicas que comenzaron a indagar la depresión según su perspectiva.

1.5 Teoría de la desesperanza de la depresión (Abramson, Metalsky y Alloy) y Teoría de Beck.

Este segmento explica la depresión desde un enfoque cognitivo- social:

La Teoría Cognitiva de la Depresión, básicamente la Teoría de la Desesperanza, propuesta por Abramson, Metalsky y Alloy (1989) “en un modelo cognitivo de vulnerabilidad-estrés, en el que, de acuerdo con la terapia de la desesperanza, las personas que poseen estilos inferenciales negativos, generalizan abatible la vida” (p. 212).

Cuando se habla de vulnerabilidad cognitiva se hace referencia al grado de susceptibilidad hacia un evento de sufrimiento, muerte, donde la persona es más propensa a sentirse afligida-abatida y sola.

Para estos autores la vulnerabilidad está encaminada por:

1. Tendencia a adjudicar situaciones desagradables a causa del entorno o factores más generalizados.
2. Inferencias negativas por consecuencias de acciones negativas (castigo por hacer algo que no debía).
3. Inferencias negativas de autopercepción (algo falla en mi).

Dentro de esta teoría se menciona a la desesperanza como factor para la depresión, este término recoge dos significados básicos, agregando a la indefensión como una percepción del sujeto:

- a) expectativa negativa de resultado y
- b) expectativa de indefensión para cambiar el estado de las cosas.

Abramson, Metalsky y Alloy, consideran que el papel que juegan los padres es importante, en un caso como la relación entre padres e hijos; la convivencia agresiva y las atribuciones

negativas que estos pudiesen darle al niño, disminuye la confianza en él, por el señalamiento a las fallas, el incumplimiento de las expectativas, a tal nivel que los síntomas depresivos se manifiesten.

En los estudios de esta teoría que avala a la depresión en particular, se menciona la función que tiene la figura materna, puesto que, los hijos que reciben mayormente comentarios negativos por parte de la madre, presentan un autoconcepto de amor escaso, que les impide aceptar a los demás, volviéndose más retraídos y con poca capacidad para comprender las relaciones sociales con afecto.

Una persona considerada “establemente emocional” tiene la capacidad de modificar pensamientos hacia una dirección más positiva, mejorando su autoestima y su visión optimista al futuro, lo contrario a una persona con depresión (Affleck y Tennen, 1997).

Se ha comprobado que las personas con síntomas depresivos no tienen esta capacidad de control en sus estados emocionales, los trabajos de Alloy y Abramson convergen en mostrar que las personas no hacen frente el conflicto en tiempos inmediatos, sino se ahogan en el dolor que sobrepasa las funciones elementales individuales.

También, la teoría cognitiva de Beck (1974) contribuye con la búsqueda de conceptualizar la depresión a partir de la comprensión de conflictos que tiene una persona sobre sí misma (autoevaluándose), evaluando su mundo y lo que está por venir, aspectos que se integran para llamarse: tríada cognitiva.

En un ejemplo hacia la población infantil, se estaría hablando de la evaluación y valor que los papás les otorgan a sus niños; la protección y las etiquetas tanto favorecedoras como desfavorecedoras, equivalentes al éxito durante su infancia y demás etapas.

La naturaleza de los problemas de la persona depresiva en esta tríada, según Beck, está relacionada con un pensamiento extremo y de términos absolutos, con el establecimiento de objetivos rígidos y perfeccionistas.

Cuando la persona fracasa en alcanzar esos objetivos “la tendencia depresiva tiende a culpar a la causa del hecho adverso por la deficiencia presente en sí mismo” (p. 9).

La teoría de Beck establece que la depresión no es un desequilibrio afectivo, sino de modificación- reorganización de un pensamiento equivocado de la persona.

En la tabla 2, se describen los síntomas objetivos según la categoría de Beck:

Tabla 2

Síntomas depresivos objetivos según Beck (1983)

Síntomas afectivos	Síntomas motivacionales	Síntomas cognitivos	Síntomas conductuales	Síntomas fisiológicos
Pérdida de alegría Insatisfacción hacia la vida	Tendencia a evitar actividades recreativas cotidianas	Percepción a conflictos del o entorno y conflictos propios	Inactividad Evitación y Inhibición al contacto social	Apetito Insomnio Tensión corporal

Nota: Contenido de la teoría de Beck.

Las teorías antes presentadas, son percepciones conceptuales de la depresión, sin embargo, estas teorías no se tomaron en cuenta de forma práctica en la intervención, puesto que los participantes son de edades muy tempranas y las técnicas que estipula la teoría pueden percibirse invasoras y agresivas al confrontar al niño con la problemática.

1.6 Lenguaje y comunicación: Preescolar

El nivel preescolar es un espacio que estimula el desarrollo de habilidades individuales y colectivas en los niños, a través de experiencias motoras, manuales y de participación, estas experiencias generan empatía hacia sus pares, demostrándola a través del lenguaje oral o escrito.

En esta etapa el lenguaje escrito se constituye a partir de un dibujo, como “un proceso que el niño utiliza para transmitir un significado y reconstruir su ambiente, el proceso del dibujo es algo mucho más complejo que el simple intento hacia que una representación visual” (Lowenfeld 1972, p.46).

El dibujo es el trazo más básico para un niño de preescolar, a través de este lenguaje escrito se hace capaz la expresión del estado emocional y la proyección de algún suceso del que no se ha podido hablar con palabras, la representación escrita clarifica el problema anímico y vivencial actual y pasado.

El lenguaje oral facilita la interacción con el medio, es un instrumento que se utiliza para expresar felicidad, enojo, tristeza, además de establecer reglas que regulan conductas no deseadas de sí mismo o de otros, en un círculo social.

Gracias al lenguaje oral, el niño expresa, propone, defiende, intercambia ideas; construye palabras, imitan frases y complejiza su vocabulario.

Watson (1924) define el lenguaje como un procedimiento que pueda manipularse, sin embargo, en la propuesta de Chomsky, Belletti & Rizzi (2003) existen consideraciones notables en cuanto a la funcionalidad verbal, es decir, el lenguaje no solamente radica en palabras, sino en la intencionalidad, y la representación de las acciones no verbales- pero representacionales.

Pavio y Begg (1981) consideran el lenguaje un aspecto biológico que inmiscuye al pensamiento como transmisor de la comunicación en conjunto con signos lingüísticos.

No obstante, para fines de la investigación, el lenguaje será visto desde el aspecto funcional como lo explica la teoría de Bühler (1950) quien considera tres actores representativos para el acto comunicativo:

1. Emisor (hablante)
2. Mensaje (Asunto)

3. Receptor (Oyente)

Dentro de estos actores se estudia la funcionalidad del mismo lenguaje a través de segmentos significantes como se explican a continuación:

- a. Función representativa: representación simbólica que el emisor presenta en el acto comunicativo, significaciones que el emisor expresa al receptor, por ejemplo: el llanto.
- b. Función expresiva: manifiesta el mundo interior del sujeto a través del lenguaje, ejemplo: la intensidad del llanto, la durabilidad y la intencionalidad.
- c. Función apelativa: tiene como objetivo principal influir en el comportamiento del receptor, ejemplo: el modo de recurrir a la necesidad que presenta el niño a través del llanto.

Es importante mencionar que las funciones comunicativas deben estar entrelazadas para un mayor efecto dentro de la significación de un mensaje, tomando en cuenta el contexto, el grupo social y el espacio de expresión.

Todo esto tiene que ver con que, el ambiente de interacción sea capaz de generar estas habilidades lingüísticas (en el caso de las instituciones educativas) mediante actividades grupales y dinámicas tomando en cuenta las necesidades del niño, puesto que, si el niño encuentra un espacio de seguridad, alegría y empatía, querrá participar, y se podrá lograr una comunicación oral efectiva.

En la tabla 3, se muestran algunas posturas sobre el lenguaje, a través de diferentes autores:

Tabla 3

Teorías sobre el lenguaje

Autor	Características principales
Chomsky	Lenguaje innato y no aprendido, que se desarrolla con estímulos.

Piaget	El origen del pensamiento está en la función simbólica pero no en el lenguaje, es decir, una visión del signo verbal como expresión del concepto cuya cobertura está por debajo de la función simbólica y en la cual se destacan el juego simbólico, la imitación diferida y las imágenes mentales.
Vygotsky	Lenguaje como base del pensamiento, naturaleza social como base de la adquisición, interacción como el desarrollo de la comunicación. Limitadísimo: lo que importa es la autorregulación y el pensamiento como abstracción de la práctica y la influencia social
Skinner	Lenguaje como una respuesta debido a un refuerzo, asociación verbal con ondas sonoras, asociación temporal con objeto y ambiente.

Fuente: (Shaffer, y Velàzquez,2000).

Piaget es uno de los precursores del desarrollo humano, una de sus áreas de estudio fue el lenguaje, considerándolo como una acción a través de estructuras lógicas, dependiendo al entorno cultural.

Este autor estima que los niños de etapa preescolar se encuentran en el periodo preoperatorio; donde son capaces de pensar, señalar e intuir problemas, la edad que corresponde a este periodo es de los 2- 7 años, tomando en cuenta que, para el estudio participan niños de 4-5 años

Durante el periodo preoperatorio el niño tiene mayor libertad de expresión para simbolizar un objeto, gracias a la habilidad de emplear símbolos por medio de gestos, palabras; al crear su propio sistema lingüístico tienen una forma más sencilla de relatar su experiencia (Piaget, 1975).

Según este autor el desarrollo del lenguaje en esta etapa es representacional, el niño no solamente aprende cosas específicas actuales, sino también puede relatar sucesos pasados, a través de la estimulación cultural y familiar de donde provenga.

A continuación, en la tabla 4, se muestran las etapas piagetianas, sin embargo, hay que tomar en cuenta que el estudio tiene una edad en particular:

Tabla 4 *Etapas piagetianas sobre el lenguaje*

Etapa y edad	Características
Etapa sensorio-motora (0-24 meses)	Manifestaciones simbólicas
Etapa preoperatoria (2- 7 años)	Principios de socialización, evidencia del lenguaje, ideas verbales claras.
Etapa de operaciones concretas (7-12 años)	Adaptación social, lenguaje fluido.
Etapa de operaciones formales (12-15 años)	Juicios y pertinencia en el lenguaje, discriminación de algunas palabras y selectividad gramatical

Nota: Elaboración propia, fuente: (Téllez, Díaz y Gómez, 2007).

El programa de estudio a nivel básico de la SEP (2011) plantea que los niños de Preescolar deben adquirir competencias básicas que favorezcan su desarrollo personal, comunicativo, cultural y académico, estas competencias como parte formativa en los niños, tomando en cuenta que el lenguaje contiene elementos de más complejidad para que este desarrollo comunicativo pueda establecerse.

A pesar de abordar exclusivamente la primera competencia del programa, en la tabla 6 se presentan todas las competencias básicas y las habilidades que las constituyen, como marco general:

Tabla 5 *Competencias básicas del Programa de Estudio de la SEP*

Competencias	Habilidades específicas
Lenguaje y comunicación	Lenguaje verbal y escrito
Pensamiento matemático	Forma, espacio, medida, números.
Exploración y conocimiento	Cultura, vida social
Desarrollo físico y salud	Promoción de la salud
Desarrollo personal y social	Identidad personal y relaciones interpersonales
Expresión y apreciación artística	Expresión y apreciación visual y apreciación teatral

Fuente: (SEP, 2011)

Vygotsky (1979) vincula la obtención del lenguaje con la inteligencia, donde establece que el lenguaje tiene elementos de interacción social donde participan los padres y familiares como moduladores y filtros, fomentando la comunicación.

En preescolar, el lenguaje es un escenario de expansión donde los niños incrementan: significados, palabras y potencian la curiosidad del habla partiendo de elementos básicos a conceptos complejos, siempre y cuando su medio proporcione esta oportunidad (Vernon & Alvarado, 2014).

Estos autores investigaron que el periodo ideal para la adquisición del lenguaje verbal se encuentra entre los tres y los cinco años de edad, en este rango los niños aprenden a comunicarse con otros, aunque no con un vocabulario tan extenso a comparación de edades más grandes.

La adquisición del lenguaje refleja el grado de madurez y el grado de la competencia comunicativa que el niño posee.

La diferencia que existe en el sentido del lenguaje y la comunicación es precisamente que, el lenguaje es el sistema de signos que se emplea en los actos comunicativos; acto que establece

contacto con otro y el objetivo de la comunicación es transmitir dicha información, utilizando; receptor, mensaje, contexto (Tinoco Pacheco, 2017).

Dicho esto, la pregunta es ¿qué pasa cuando un niño no es capaz de expresarse mediante un sistema verbal a causa de síntomas depresivos presentes?

Se reduce la capacidad de destrezas comunicativas que le permiten nutrir su lenguaje e incrementar vínculos afectivos con su entorno, no logra comprender conceptos más complejos, por ende, el carácter natural de lenguaje no logra un sentido lingüístico propio que le posibilite expresar concretamente sus ideas, sentimientos y opiniones.

Además, existe una indiferencia en el contacto ambiental, su participación es nula dentro y fuera del aula, en ocasiones es forzado por la autoridad (profesora) para que se involucre con sus demás compañeros, pero sin ninguna satisfacción, a consecuencia de esto, su nivel verbal no se desarrolla de forma puntual por disminuir la interacción con sus pares (Cicchetti & Schneider, 1984)

Los síntomas depresivos repercuten en la integridad de los niños desde una postura individual hasta un espacio de interacción mayor, como es el aula escolar.

El aula escolar es un lugar que expresa el actuar del conocimiento donde se espera que se potencialicen las habilidades de cada alumno “es un ambiente de aprendizaje como entorno físico y psicológico de interactividad regulada en donde confluyen personas con propósitos educativos” (Herrera, 2006, p. 2).

Dentro del aula se pueden presentar casos desfavorables que impidan que niños a nivel preescolar reduzcan la eficiencia en el actuar de las competencias esperadas.

En el nivel Preescolar participan las habilidades sociales, el proceso de socialización desplegado desde la temprana infancia permite en el niño el conocimiento de pautas, reglas,

prohibiciones, la adquisición de comportamientos socialmente aceptables y la participación de los otros en la construcción de su personalidad (López y Fuentes Rebollo, 1994).

Álvarez, Álvarez-Monteserín, Cañas, Jiménez & Petit (1990) sostienen que las habilidades sociales básicas para niños preescolares (tres a cinco años) se relacionan con la capacidad de acción al jugar, manifestar emociones y la experiencia de la convivencia con personas externas a su familia, estos autores consideran que estas habilidades crean niños críticos, libres, responsables y solidarios, por la capacidad de escucha y relación.

Pero cuando estas habilidades de convivencia no se establecen a causa de síntomas depresivos, el niño obstruye su funcionamiento feliz y propositivo con actitudes irritables, devastadoras y sin metas afín (Luthar y Blatt, 1995).

Según un estudio de depresión y rendimiento académico Serrano, Rojas, Ruggero & López Arriaga (2015): los síntomas depresivos interrumpen la actividad cognitiva, generando desmotivación al aprender, desvalorizando el contenido, produciendo ideas pesimistas y desconfianza de poder lograr algo.

La depresión genera un bajo rendimiento escolar desde que el niño pierde el interés por aprender, le dejan de sorprender nuevos conocimientos, acompañado de un malestar emocional, que le dificulta la capacidad de memoria y concentración.

De acuerdo con el modelo de red semántica de la emoción y la memoria de Bower (1981) “los estados de ánimo depresivos tienden a incrementar la activación y la accesibilidad de las cogniciones negativas previamente asociadas con tales estados de ánimo” (p.36).

Es decir, el individuo que presenta depresión produce un alza en las cogniciones negativas, que, a su vez, suele producir un decaimiento negativo en procesar la información, de allí parten las dificultades para precisar y atender lecciones nuevas (Goleman, 2008).

Según el Comité sobre pedagogía de la primera infancia (2004) en la etapa preescolar se espera que el niño desarrolle habilidades cognitivas y de lenguaje, como: expansión del vocabulario, principio alfabético, comprensión oral, conceptos de número, medidas, formas y relaciones espaciales, perseverancia en una tarea y razonamiento científico preliminar, entre otros.

Jiménez (2000) postula que el rendimiento en el aula a partir de habilidades lingüísticas a considerar:

La comunicación oral de los niños en preescolar, implica que:

- a) Interactúen con otros y compartan sus habilidades.
- b) aprendan y valoren lo que están conociendo.
- c) Tengan empatía a las necesidades propias y las necesidades de los demás.
- d) Tengan niveles de vocabulario más amplios (p. 21).

El lenguaje es un elemento indispensable, es una puerta de oportunidad donde el niño a través de su expresión oral y escrita, logrará la independencia, su individualidad y la toma de decisiones a futuro.

Dentro de este lenguaje participa la expresión verbal, gracias a esta expresión el niño se desenvuelve, demuestra sus inquietudes, sentimientos, detonante a una palabra.

Ramos & Omenaca (2011) quienes retoman las premisas del Ministerio de la Educación consideran que la expresión oral es importante porque “promueve el desarrollo de la capacidad para hablar con claridad, fluidez, coherencia y persuasión, empleando de forma pertinente los recursos verbales y no verbales del lenguaje (p.168).

La expresión oral es la clave fundamental para que los niños y las niñas aprendan en un mundo donde comunicarse los hace personas competitivas, decisivas direccionándolos como adultos independientes.

Bloom (1980) considera que la expresión oral es dar a conocer las propias intenciones al mundo, a través de palabras acompañadas de emociones y que, son delimitadas según el entorno y la facilidad que el niño posea para lograr esta intención lingüística.

Esta conjugación entre el lenguaje y los síntomas depresivos tienen relación a partir de la falta de interés hacia esta competencia, los niños “tristes, desalentados” están siendo pocos motivados hacia el camino de aprendizaje, pero no solamente esto, también están presentando ciertas limitaciones con el lenguaje derivados de los síntomas depresivos por la vivencia familiar actual, estas limitaciones verbales se pueden encontrar en el mutismo selectivo y la disfemia.

Según el DSM V (2013) el mutismo selectivo es la incapacidad de expresión verbal que tienen algunas personas al elegir con quién sí hablar y con quién no.

Autores expertos en trastornos psiquiátricos como Hua & Major (2016) consideraron que el mutismo puede producirse por diferentes factores:

1. Factores genéticos: Inhibir el habla por evitar conflictos o tener ideas erróneas de predicción, que tienen que ver con el temperamento y el carácter de la persona (Hirshfeld-Becker, 2007).
2. Factores ambientales: como el conjunto de problemáticas familiares o sociales que impidan el habla, por ejemplo; situaciones dolorosas traumáticas, violencia, readaptación a nuevos espacios, es importante mencionar que, lo que difiere a los niños tímidos con los niños con mutismo es que los niños tímidos adquieren confianza posteriormente, pero los niños con mutismo no, es un proceso terapéutico exhaustivo; observando que el mutismo selectivo se encuentra dentro de los trastornos de la ansiedad, se debe limitar exactamente la circunstancia que impide el habla.

Dorsch (2005) cree que existe una relación evidente entre el mutismo selectivo y la depresión; la problemática actual o pasada del niño lo pudiese tener en un cuadro emocional negativo por miedo, por tanto, la posibilidad de expresión disminuye.

El mutismo puede presentarse por algún trauma psicosocial; la falta de seguridad de un niño por parte de sus cuidadores reduce la libertad del habla (White, Oswald, Ollendick y Scahill, 2009).

Sin embargo, la incapacidad del habla no solamente se reduce al mutismo selectivo, sino también a otra problemática llamada: disfemia.

La disfemia según Sangorrín (2005) es:

Es un síndrome clínico caracterizado por disfluencias anormales y persistentes del habla, acompañadas por peculiares patrones conductuales, cognitivos y afectivos. El paciente sabe exactamente lo que va a decir, pero es incapaz de decirlo con normal fluidez por causa de involuntarias repeticiones, prolongaciones o interrupciones en los movimientos productores del habla y, consecuentemente, en el flujo sonoro verbal (p.44).

La disfemia no es sinónimo de anomalía en el desarrollo, o cuestiones psiquiátricas, sino está vinculado con condiciones ambientales importantes, por ejemplo: expectativas de los padres hacia el niño que en muchas ocasiones causa ansiedad y es más fácil que sea susceptible a expresar oralmente lo que siente frente a figuras de autoridad por no sentirse aceptado.

Stournaras (1987) señala que la disfemia tiene 3 componentes:

1. *Componente verbal*: falta de fluidez y ritmo de los órganos del habla.
2. *Componente emocional*: ansiedad, inferioridad, miedo extremo y eso hace que haya tensión muscular en la zona fonoarticuladora.
3. *Componente cognitivo*: alteración para la expresión con el entorno, incapacidad para transmitir el mensaje en general.

Dentro de la clasificación de trastornos de ansiedad que estipula en DSM-V, se encuentran estos dos síndromes, tanto mutismo como disfemia, siendo partes frecuentes en estos diagnósticos, sin embargo, las puntuaciones siguen siendo mayores en los síntomas depresivos como causas de estas problemáticas verbales (Patraka, 1998)

Capítulo 2 Terapia de Juego

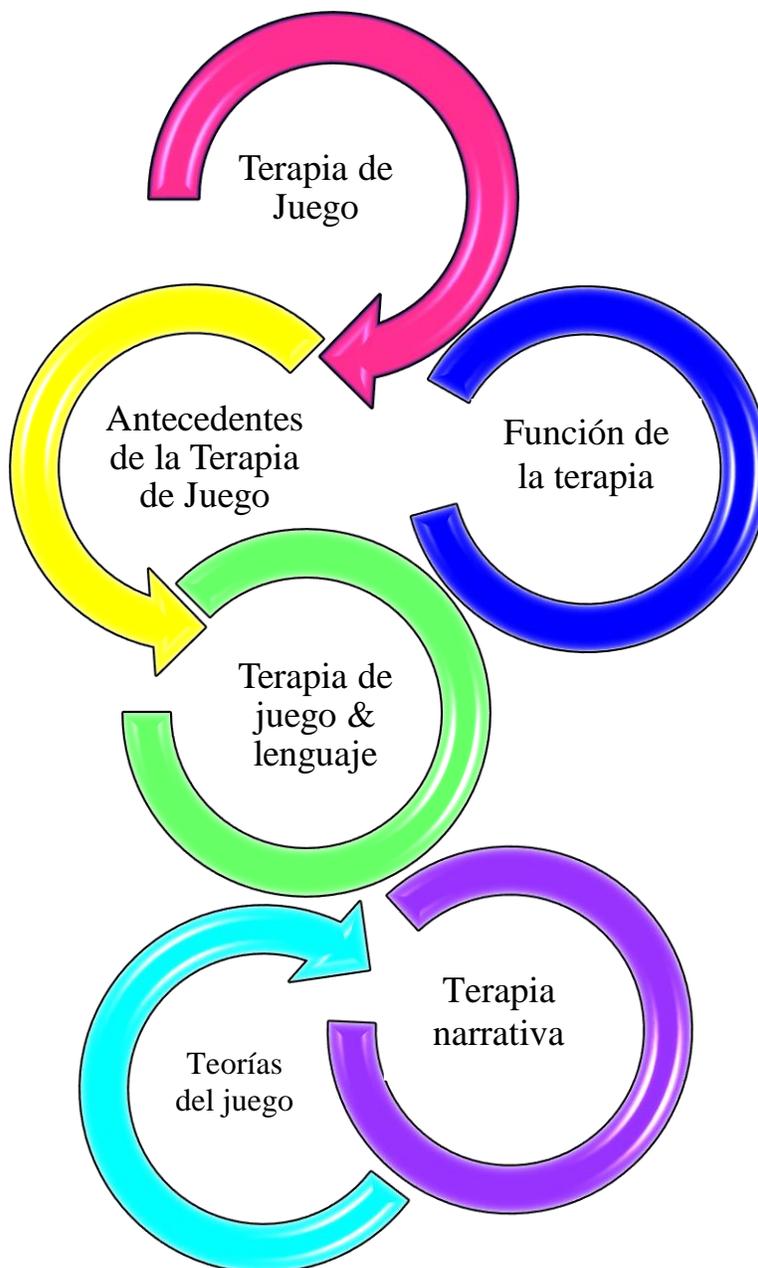


Figura 2. Aporte teórico de intervención

2. Terapia de Juego

En este apartado se explica el concepto de la terapia de juego, los antecedentes, la función de esta terapia y en específico y como base interventora: la terapia narrativa.

Landreth (2002) conceptualiza el juego como una actividad natural de los niños donde se pueden comunicar libremente usando juguetes y vivenciando situaciones particulares.

El juego tiene una condición orgánica y de fantasía, es una experiencia de seguridad, libertad y creatividad (Krauss, 1990).

Winnicott (1982) menciona que jugar con el niño es crear un ser creativo, capaz de expresar lo que siente, pero que esta actividad debe ser a elección del niño mismo, donde pueda poseer el objeto que desee; el niño innatamente juega, pero también el juego es adquirido con patrones del entorno, hábitos de la familia, tomando en cuenta tradiciones y costumbres.

La función del terapeuta en la terapia de juego recae en la responsabilidad que tiene de interpretar el dolor del niño que demuestra desinterés por las cosas; a través de juegos representativos- simbólicos.

Esta terapia se interesa en expulsar el odio, la soledad, sentimientos de inferioridad, traumas de abuso sexual, que repercutan la integridad del niño, por medio del juego, pero también trata de mejorar las habilidades comunicativas, tomando en cuenta que en edades tempranas es de suma importancia (Axline, 2000).

Vygotsky (1924) explica el juego como la necesidad de duplicar- representar la vivencia personal, donde la sociedad se involucra indirectamente al niño.

La terapia de juego no solo es una alternativa terapéutica sino un camino que abre la posibilidad de una mejora en la calidad de vida de los niños, utilizando sus herramientas naturales- de origen.

2.1 Antecedentes históricos de la terapia de juego

Los primeros indicios de la terapia de juego surgen con Freud en 1909 en el intento de aplicar sus conceptos teóricos a la práctica durante el caso Hans (un niño con fobia hacia los caballos) allí fue cuando se da cuenta que los niños operaban diferente a los adultos.

Este autor consideraba desde el enfoque teórico que el juego permitía recrear un suceso negativo en un sentido de control, donde la persona sería capaz de manipular el acontecimiento a manera consciente, dándole un sentido más apropiado que no le causara dolor, a este proceso le llamó abreacción, que constituye en recrear lo vivido y ser libre del afecto negativo.

Sin embargo, la primera en tratar con niños fue una maestra vienesa llamada Hellmuth, ella comienza a utilizar el juego como arma terapéutica para resolver la vivencia traumática que producían insatisfacciones.

Después surge el interés de Anna Freud (1946) en el énfasis práctico a esta terapia, como un análisis profundo de conexión entre terapeuta y niño, donde consideró importante la relación bimodal entre estos dos actores, puesto que, mediante la alianza se establece la confianza y empatía para iniciar el proceso del juego.

Posteriormente se le une la psicoanalista Klein (1955) con la utilidad de los muñecos-objetos representativos que personificarían el suceso traumático del niño, a través de ciertas técnicas de juego, que no pudiese expresar primeramente de manera oral.

Klein continuó con la idea de usar el juego como parte de una terapia que curara el trauma desde una línea psicoanalítica, ella creía que el juego expulsaba la experiencia interna conflictiva del inconsciente y que, con la ayuda del terapeuta este podría interpretar los deseos para ayudarlo a comprender sus necesidades, mediante juegos específicos.

Mientras tanto, Lowenfeld (1979) pionera británica en psicología infantil y terapia de juego, comenzó a desarrollar la Técnica del mundo, constituida en representar objetos de menor escala

como animales, medios de transporte, seres sobrenaturales, que fuese oportuno para crear un mundo de fantasía, mundo real, mundo agresivo, ordenado o caótico.

Esta aportación fue un plus fenomenal a dicha terapia, su herramienta inicial nombrada: “La Caja Mágica” (Lowenfeld, 1979, p.3), vista por los niños como “el mundo” como base comunicativa donde el niño pudiese moverse libremente y representar lo que quisiese.

A mediados del siglo XX, una autora también interesada en el juego cuyo apellido es Axline, dio un giro en la propuesta de la terapia hacia un enfoque más humanista, comprensivo y empático que permitiese al niño crear un ambiente positivo para expresar libremente lo que sentía y explotara su autenticidad con juegos primeramente y luego con palabras verbales (Axline, 1947).

Axline manejaba términos y técnicas no directivas, desde aceptar al niño como individuo, a partir de una terapia permisiva- no apresurada, para resguardar el mundo de la realidad, sin embargo, esta terapia puede abarcar mucho tiempo de intervención, y para dicha investigación, se delimitan las pocas sesiones posteriormente explicadas.

2.2 ¿Para qué sirve jugar?

Fue sólo en los últimos 25 años que los investigadores y especialistas en el área de la salud emocional infantil, buscaron con mayor precisión alternativas de cambio terapéutico, que les permitiese contrarrestar el dolor interno que algunos niños presentaban a partir de causas no manifestadas verbalmente pero sí física y relacional, esto a causa del incremento en la tasa de suicidios a edades muy cortas (Russ, 2004).

La importancia de la terapia de juego nace en el interés por ayudar a superar necesidades y dolencias de aquellos niños con dificultad a la expresión oral, donde se pretende expresar simbólicamente la dolencia como primer objetivo.

La terapia de juego es una de las posiciones de intervención infantil, que involucran la autorrevelación- autocomprensión, un aprendizaje directo de aceptación, altruismo, compasión por

la persona que padece el dolor, calidez, persuasión, entre otros factores, que le permite al niño sentirse en libertad estando en un lugar seguro (Schaefer, 1999).

El juego se convirtió en una alternativa principal para la exploración de la aflicción en los niños, por ello Waelder (1932) integrante del círculo íntimo de Freud, afirmaba que el juego tiene varias funciones como son:

1. Dominio de la circunstancia.
2. Expulsa el deseo interno del niño.
3. Resuelve experiencias abrumadoras/ traumáticas.
4. Transforma la experiencia del individuo de la pasividad a la actividad.
5. Es un escenario que da espacio a la imaginación, fantasía, y toma un tiempo fuera a las exigencias de la realidad.

Piaget (1932) menciona que las experiencias de juego en los niños, permite que las restricciones impuesta por su entorno sean modificadas desde un lado cooperativo y de compromiso, en lugar de imposiciones que reduzcan su integridad.

A continuación, se presentan los beneficios que tiene el juego, según Cordero (2010):

1. Modo de interactuar con la realidad
2. Favorece el aprendizaje
3. Favorece la socialización y la comunicación
4. Favorece la observación y la exploración del entorno
5. Permite la resolución pacífica de conflictos

En la época de los griegos, Platón destacó la función del juego, la expresión libre de los niños y el compartir, en niños de 3-6 años, considerando que el juego es un método innato en la educación como forma de expresión (Loredo Abdalá, 2017).

Existe un sinfín de juguetes para determinadas tareas, los juguetes también se sectorizan, desde individuales (cada niño posee uno para él solo), juguete de función (juego colectivo de competencias), juegos didácticos (para aprender algo en específico, números, colores) y juegos de dramatización (títeres, que miden la expresión del niño).

Perea Martínez (2005) especifica que el rol que funge un juguete es la de ser compañero del niño que lo posee, el juguete es un objeto de carga emocional que es movido de varios escenarios según disponga o signifique para el niño.

Gracias al juguete el niño puede:

1. Representar momentos, lugares, en un mundo individual, real.
2. Explorar su medio (el niño dispone del juguete como representante de lo que él siente).
3. Elabora estrategias básicas para enfrentar problemáticas.
4. Estimular la creatividad ejercitándose mental- física y emocionalmente, agregando sentido de responsabilidad, respeto y límites.

Según López (2000) el niño le da un significado y una posible dependencia del juguete (objeto) que lleva a la continuidad de la situación que presente actualmente, por ello, es importante estar observando la conducta del niño y el objeto, cerciorándose cuál es la emoción en específica.

A continuación, se explica la terapia de juego y cómo favorece el lenguaje.

2.3 Terapia de juego y el lenguaje: comunicación

La terapia de juego es una oportunidad para el trabajo tanto clínico como en la educación, se han presentado dificultades en las escuelas al tener niños que no rinden efectivamente en el aula, niños apáticos, desinteresados en aprender- comunicarse y relacionarse con los demás, niños con problemas de conducta y con apariencia triste.

Por lo mismo, el juego como lenguaje representativo posibilita mejores estados emocionales y modifica las interacciones sociales, que son importantes para este nivel escolar.

Brunner (1995) plantea que el juego ayuda al niño a mejorar interacciones con su medio, utilizando su lenguaje como motor a la participación ante la vida.

El juego y el lenguaje cuentan con una característica en particular como: interactúan entre sí de forma directa o indirecta, a través de acciones lúdicas, donde se simula la problemática inicial,- el juego es el filtro terapéutico para poder ser expresado el dolor con palabras (Bateson, 1972).

Con anterioridad se dijo que el lenguaje oral y el juego precisan el desarrollo comunicativo, pero no de forma absolutista, el lenguaje es la expresión verbal que muchos niños no desarrollan o desarrollan, pero no emiten por situaciones ambientales u otras.

Lyons-Ruth (1999) advierte que:

Los conocimientos implícitos que rigen las interacciones no se basan en el lenguaje y no se traducen rutinariamente en forma semántica, puesto que los niños se enfocan en elementos que no verbalizan a simple vista, pero sí a través de juegos con elementos que llamen su atención en el espacio de la terapia (p. 285).

Involucrar a los niños en la creación de su propio discurso y en la recreación de su experiencia haría personas altamente funcionales, con una calidad de vida que les permita sobrellevar acontecimientos no tan agradables (Levy, 2007).

Algunas investigaciones explican la importancia de la terapia de juego en el lenguaje, a continuación, se platicarán de forma breve las más relevantes:

1. En la investigación; la importancia del Juego como estrategia de intervención en la Psicoterapia Psicoanalítica con Niños: el niño al desarrollar el lenguaje le permite poder hacer una distinción entre el yo –no yo, momento donde el niño comprende que existe otro diferente a él y que no le pertenece, proceso en el cual el juego desempeña un rol

esencial, permitiendo que el niño elabore las angustias y pueda sostener la frustración (Álvarez, 2016, p. 28).

2. En otra investigación; juego, pensamiento y acciones lingüísticas:

En cuanto a las expresiones usadas en muchos juegos, son performativas: producen, ordenan y complementan la acción. Entonces, en el sentido de la construcción de un mundo nuevo, los juegos son profundamente constitutivos o performativos. En el juego, se realizan actos de habla, preferir, amenazar, prometer. Representan estados del mundo creados a partir del uso adecuado del lenguaje, en función de la intencionalidad del hablante. En el proceso de adquisición y desarrollo del lenguaje, los juegos no solo estimulan al niño, sino que actúan ellos mismos como modelos de funcionamiento. El niño empieza a conocer el lenguaje a través de su madre, y comienza a realizar actividades combinatorias que producen enunciados cada vez más complejos, que le permiten actuar efectivamente sobre las cosas y los seres que lo rodean. Aprende a usar el lenguaje como instrumento de pensamiento y acción sobre el mundo. También se comprueba que el juego con otro niño facilita el desarrollo del pensamiento a través del diálogo. Sin este apoyo, el pensamiento y la imaginación se traban (Lamas, 2005, p.3).

2.4 Teorías del Juego

Al igual que muchas otras propuestas que se utilizan para intervención, el juego también es merecedor de una base teórica, dentro de esta base se exponen autores como Platón, Aristóteles como iniciadores pensantes sobre el juego, posteriormente Spencer, Lázarus, Gross y teorías psicoanalíticas.

A continuación, en la tabla 6, se explica a detalle la ideología de los autores antes mencionados:

Tabla 6

Aportaciones de teóricos

Autor y año	Aportación
Platón y Aristóteles (Antigüedad)	Invitaban a los padres a fomentar el juego con juguetes para formar sus mentes en actividades para la edad adulta.
Spencer (1855)	El juego como exceso de energía acumulada, que era importante gastar.
Lázarus (1883)	Jugar es el descanso del infante en las actividades laboriosas que causan descontento.
Gross (1898)	Jugar para adaptarse, como supervivencia de la especie.
Hall (1904)	El juego como experiencia de la humanidad en el niño, recreación de su misma evolución.

Fuente: (Cordero, 2010).

También participaron las teorías psicoanalíticas, sin embargo, por el excedente de posturas, se explican a continuación algunas:

Los primeros ejemplos de la terapia de juego con niños fueron publicados por psicoanalistas hace casi 100 años, Freud (1908) “durante el juego, cada niño se comporta como un escritor creativo que genera su propio mundo o, más bien, reacomoda las cosas de su mundo de una forma nueva que le complace” (pp. 141-154).

La terapia de juego tiene diferentes rumbos de tratamiento, en el enfoque psicoanalítico se encuentran: terapia de juego analítica jungiana, adleriana y de liberación, que a continuación se muestran en la Tabla 7:

Tabla 7 *Terapia de Juego desde el Psicoanálisis*

Terapias de Juego	Características del trabajo en terapia
Terapia de Juego Jungiana	Expresión artística para niños que no muestran lenguaje directo. Actividades: Trabajo con metáforas y la representación de las acciones al momento de tomar el juguete (objeto), el dibujo.
Terapia de Juego Adleriana	Compartir el control en la sala de juegos, modificar ideas negativas en positivas, dar crédito al niño, enfocar fortalezas. Actividades: plastilina, la pintura, el teatro de marionetas.
Terapia de Juego de Liberación (M. Levy)	Liberación simple (niños con conductas rebeldes) Liberación específica (niños con síntomas depresivos, ansiedades). Actividades: Actuación.

Nota: Elaboración propia, fuente: (Schaefer, 2012).

El psicoanálisis ha explicado el funcionamiento del niño, el discurso y su interacción interna- externa con el medio, sin embargo, en los últimos años se ha ido utilizando la postura humanista que trata dar mayor libertad al niño e involucra a los padres como red de apoyo.

En la tabla 8, se explican las características del juego humanista en miradas diferentes:

Tabla 8
Terapia de Juego desde el Humanismo

Terapias de Juego	Características del trabajo en terapia
Terapia de Juego Centrada en el Niño Sweeney & Landreth	Se evita evaluar, el niño es responsable de lo que quiera jugar, el terapeuta no juega ningún rol en específico, es más bien un objeto de protección en el cuarto de juego. Actividades: crayones, papel periódico, tijeras sin punta, plastilina, palitos de paleta, cinta adhesiva, biberones, muñecos, platos y tazas de plástico.

Terapia Filial (Bernard & Louise Guerney)	Fortalecimiento de relaciones familiares, juego libre donde los padres son invitados por los hijos, donde fortalece el apego.
Terapia de Juego Gestalt (Frederick (Fritz) & Laura Perls)	Se le permite al niño dirigir, expresión emocional y expulsión de conductas agresivas. Actividades: uso de proyecciones con títeres, cuentos.

Nota: Elaboración propia, fuente: (Schaefer, 2012).

Además de utilizar algunos de los enfoques antes mencionados, también es importante señalar a la Terapia de Grupo como alternativa para trabajar nivel Preescolar.

La terapia de grupo dentro del juego es una forma de llevar un proceso doloroso compartiéndolo, ya que muchos niños temen permanecer con un terapeuta sintiéndose expuesto.

Moustakas (1974) expresa “es el terror a la soledad, no la soledad en sí sino la ansiedad que ésta produce, el temor a quedarse solo, a ser excluido, lo que representa una crisis dominante en la batalla por convertirse en persona” (p. 16).

La terapia de juego grupal beneficia la expresión individual y la expresión de la persona externa, creando empatía, percibiendo el dolor ajeno o compartido, según sea el caso.

Van der Kolk (1985) expone las siguientes características que favorecen la terapia de juego grupal:

1. Aceptación de expresión de otros.
2. Desarrollo de relaciones con los demás, respeto a los límites.

La intervención tanto grupal como individualmente se basa de mucha responsabilidad, se debe tener observación directa- clínica para contrarrestar el dolor del niño, es por ello que se reitera la idea de un trabajo multidisciplinar con las teorías que sean necesarias para la ayuda eficiente.

Para fines del proyecto el enfoque está dirigido hacia una terapia de juego desde el modelo narrativo.

2.5 Terapia narrativa en niños

“Los seres humanos hemos evolucionado como especie hasta utilizar los relatos para organizar, predecir y comprender la complejidad de las experiencias vividas” (Freeman, Epston & Lobovits, 2001, p.15).

La terapia narrativa es una propuesta que coloca Scheafer (2012) dentro de un marco en conjunto, donde participa directamente la familia, las relaciones y roles dentro del hogar, invita a los padres a participar dentro del trabajo terapéutico con sus hijos.

Sin embargo, los personajes que desarrollan esta terapia como coautores centrados en la parte lingüística de los niños, son White y Epston, ellos consideraban que el trabajo implícito y más importante dentro de la terapia y específicamente con niños era estimular- impulsar el lenguaje, debido a la condición relatoría del sujeto que vive de nuevo su experiencia expresándola a través del discurso (Payne, 2002).

Dentro de la terapia narrativa se modifica el apelativo “paciente” por “coautor de su vida”, por la participación indirecta que tiene a la resolución del conflicto, trabajándolo externamente, que le permita dar un sentido interpretativo menos agresivo y directo (White,2007).

White (1998) hace un análisis de la historia de vida de la persona, determina la expresión de la experiencia de manera regulada- sistematizada, dándole significado.

Al retomar White la propuesta de Bruner se da cuenta que hay experiencias no contadas a trasfondos, y que son importantes, debido a que consideraba que lo no- relatorio era el causante del dolor, entonces si el niño no era capaz de contar lo que le pasaba en un discurso claro y directo, la terapia narrativa se encargaría de crear ambientes seguros, implementando técnicas narrativas a

través de un espacio imaginario y divertido, usando muñecos, animales, y personajes ficticios que demostraran el dolor del niño, dando una redirección al significado de lo vivido.

La expresión de los niños es fundamental, los niños regularmente comunican sus estados emocionales por medio de la fantasía y el juego, este juego se encuentra implicado en la terapia a partir de representaciones de objetos que ellos mismos eligen, el trato que debe presentar el terapeuta al aplicar estas técnicas debe ser ameno, de confianza, jugar en conjunto, tomando en cuenta que el comportamiento de quién dirige es una clave esencial en el tratamiento, evidentemente no se puede trabajar con niños con un trato frío- autoritario, ya que se puede interpretar como figuras paternas que tienen expectativas altas y que no se están involucrando con lo que el niño siente y quiere decir.

La terapia impulsa el desarrollo emocional, pero también el desarrollo cognitivo, las sesiones deben impartirse conforme a la vivencia del niño, es decir, contar historias, o cuentos significativos y familiares donde lo invite a aportar su punto de vista desde su nivel de lenguaje, resolviendo la problemática desde lo que él conoce.

Esta terapia tiene características específicas dentro de la narrativa (Ledo, González & del Pino Calzada, 2012):

1. Se destaca externamente la vivencia, por ejemplo, para un niño de 4 años que tiene mal genio, regularmente sus padres lo llaman “enojón” no por su nombre, entonces esas etiquetas en terapia se deben sacar del esquema del niño, mediante la técnica del cuento, ¿se cambia la verbalización y se le dice al niño “te gusta que el Genio te trate mal?” “Por qué no le decimos que ya no lo queremos con nosotros, ya no es bienvenido”.
2. Sostiene que las personas son expertas sobre sus vidas y relaciones (en vez de ver a los que están fuera del problema como los expertos, por ejemplo, a los profesionistas).

3. El agente del cambio es común (en vez de estrategias designadas por otros para “arreglar” el problema). Se destapan habilidades y saberes que están presentes.
4. Invitan a las personas a discernir su propio significado y explicación de los eventos.

A través del interés de muchos psicólogos como aportadores en el desarrollo del niño y su significado de lo vivido, Bruner (1986b) explica lo siguiente: “algunas experiencias son rudimentarias, en el sentido de que simplemente no entendemos lo que estamos experimentando, o bien porque esas experiencias no son narrables, o bien porque carecemos de los recursos representativos y narrativos, o porque nos falta vocabulario” (pp. 6-7).

La terapia narrativa busca enriquecer la identidad del niño atribuyendo un contexto enriquecedor encontrando alternativas favorecedoras, restando sentimientos de angustia, desasosiego e infelicidad, a través de las llamadas “puertas de entrada” desde de la historia generadora de estrés, al bienestar total.

White & Epston (1989) usan una gran variedad de documentos terapéuticos como instrumentos o técnicas, a continuación, se presentan algunas en la Tabla 9:

Tabla 9

Técnicas terapéuticas

Técnica terapéutica/ Objetivo	Descripción
1. Cartas Convertir las vivencias en una narración o relato que tenga sentido, de acuerdo a los criterios de coherencia y realismo.	<i>De invitación:</i> las utilizaba para incluir en la terapia a personas reacias a participar en ellas. <i>De despido:</i> Narra el desempeño de función de la persona. <i>De predicción:</i> Narrar un futuro inmediato.
2. Contradocumentos Documentos creados para representación de nuevos relatos del cliente, para la	Certificados Declaraciones

consolidación de nuevos significados acerca de sí mismo. ·	Auto certificados
3. Testigos externos	
“contar y recontar” nuestras historias para construir nuestra identidad. (Andersen, 1990; Friedman, 1995; Fernández et al., 2002).	Historias mediante personajes, animales, peluches para representaciones de la vivencia en el niño.
4. Juego proyectivo	Representación de experiencias en juguetes, materiales y objetos.

**Nota: Elaboración propia, fuente: (López de Martín, 2011).*

Sin embargo, para fines de este proyecto se tomó en cuenta la técnica de los testigos externos y el juego proyectivo, ya que la intervención se realizó de manera grupal y a través de cuentos, historias y títeres representativos al marco contextual de los niños.

La técnica de testigos externos trata de conectar las historias y las vidas de las personas, tener a alguien con un suceso similar a la historia del otro individuo, hace que la tensión, la angustia disminuya, se establezca la empatía y se tenga mayor significado en cuanto a las alternativas de solución.

El trabajo terapéutico en edades muy pequeñas es un trabajo complejo, por ello se utiliza el juego proyectivo como uno de los juegos más enriquecedores en el proceso del niño, puesto que le da un sentido a su vivencia, mejora la imaginación y fomenta el lenguaje simbólico y oral durante el proceso de las sesiones (Jenning, 1999).

El desarrollo de simulación del conflicto, es una herramienta, que permite ordenar la situación y darle solución, donde incrementa la negociación de atribuciones negativas con motivaciones, como ganancia a su salud emocional (Stagnitti y Jellie, 2006).

El punto focal de los cuentos es la construcción, elaboración y coherencia de la historia, en muchas ocasiones se subestima al niño creyendo que al construirle un cuento mayormente

elaborado no comprenderá el contenido, sin embargo, si se le cuenta una historia con un inicio, desarrollo y fin, este es capaz de lograr y analizar la situación de cada personaje (Nicolopoulou, 2006).

La riqueza de la terapia narrativa se encuentra en la interacción, la comunicación entre el juego y el discurso del niño, donde explora con personajes ficticios la historia de su vida y es así, como logra adquirir el dominio de su desarrollo lingüístico- creativo.

Diferentes investigaciones han demostrado la eficacia de la terapia narrativa en los niños, por ejemplo:

1. Caso clínico de las historias del libro (terapia narrativa para niños) David, la familia y las leyes del miedo; la historia de un niño de 5 años que tenía miedo, era retraído y le costaba expresar oralmente esos miedos desconocidos aparentemente, a través de las historias sobre personajes que tenían miedo, el niño comenzó a superarlo adjudicándole nombres a cada acción. (Freeman, Epston & Lobovits, 2001).
2. En la investigación sobre la Psicoterapia narrativa en un caso de ansiedad infantil; una niña de 11 años que presentaba ansiedad disminuye al reconstruir la historia traumática en una situación menos dolorosa:

La terapia narrativa sirve como instrumento de construcción, una herramienta lista para transformar en un juego conjunto y coordinado de decires, sentires y relatos llevados por la creatividad, de ahí que “la comprensión creativa añade perspectiva a la empatía, y esta danza se mueve entre la cercanía y la distancia, la intervención y la reflexión, la escucha y la acción” (Hernández, 2006, p. 287).

3. Según Rioja & Pinto (2008) explican que la terapia narrativa aplicada a un niño con problemas de conducta -Andrés el travieso- presenta consideraciones individuales importantes como:

La externalización del problema y la acción de ponerle nombre y separarlo de la persona, dio como resultado que Andrés participara activamente de la terapia y de la resolución de su problema, asimismo, la madre cooperó en este proceso y empezó a mirar a Andrés de forma diferente. La terapia es considerada exitosa cuando se ha obtenido el desbloqueo de la sintomatología, es decir, siguiendo la teoría de los sistemas, se deduce que una vez que se ha roto el equilibrio de un sistema este tiende a reorganizarse en un nuevo equilibrio, es así que, se considera que una vez que se ha producido el desbloqueo, es indispensable ayudar a la persona a construir un nuevo equilibrio dinámico aprovechando los recursos que ésta comienza a re descubrir más allá de la sintomatología que la bloqueaba (pp. 61-69).

La terapia narrativa adecua el sentido de los problemas en espacios mediadores- positivos al permitir que el niño establezca su propia versión del mundo y las atribuciones de este como un participante activo que plantea la vivencia dolorosa desde afuera, por ello es importante tomar en cuenta esta terapia como una propuesta clave para trabajar la narrativa y la expresión en aquellos niños que se les dificulta expresar sus sentimientos claramente; mediante herramientas lúdicas y la participación innata del juego que viene integrado los niños a través de la fantasía como ayuda a su desarrollo integral.

Para complementar este apartado, es fundamental señalar que esta intervención con juegos es utilizada para trabajar el mutismo y la disfemia, el niño a través de la imitación y la confianza en cuanto a las sesiones grupales logra integrar su nivel de lenguaje y empatía con sus demás compañeros donde poco a poco entra a la dinámica del juego y la socialización, sin presiones o regaños por parte de la terapeuta (Krysanski, 2003).

Considerando que en la actualidad el juego es la actividad más fundamental para la infancia.

Capítulo 3 Estructura de la investigación

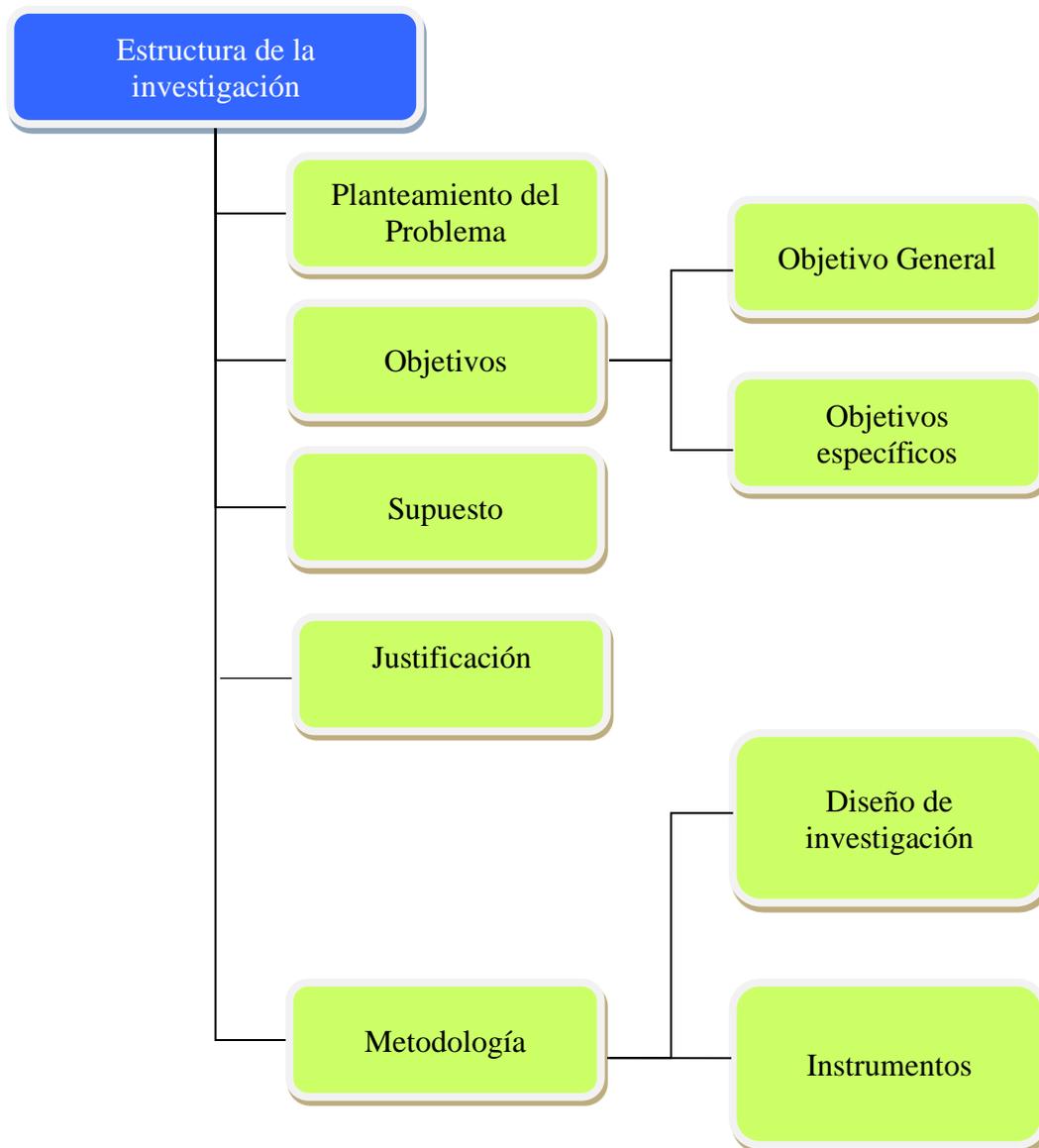


Figura 3. Estructura de la investigación

3.1 Planteamiento del problema

La depresión según el INEGI en la encuesta nacional de los hogares (2015) ha sido un factor muy alarmante en la población, el 29.9 % de los integrantes que tienen 12 años, viven con síntomas depresivos, desafortunadamente no se le ha dado la misma importancia en edades más pequeñas, pero la probabilidad es muy alta, dado que, en México, la tasa de suicidios en niños de 10 a 17 años es de 4.3 por cada 100 mil, mientras que en las niñas de esa edad es de 3.2, y continúan incrementando estas cifras.

El grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en la infancia y la adolescencia (2009) expone que la depresión infantil es una condición afectiva caracterizada por etapas de tristeza, de intensidad y duración inconstante que ocurre en un niño; y que es reconocida como un problema con alta incidencia, aunque no existe un consenso real en cuanto a su conceptualización.

La depresión infantil acompaña a una gran cantidad de niños de forma abatible en la vida, tocando el estado de ánimo de cada uno de ellos, y por consecuencia repercutiendo en el lenguaje y la comunicación. Las primeras aproximaciones en el contexto educativo es el nivel preescolar, etapa sumamente importante, que permite al niño estimular su desarrollo físico y de interacción, de una forma lúdica, logrando autonomía y potencializando sus habilidades cognitivas para los próximos niveles de aprendizaje con un grado de complejidad más alto.

En la etapa preescolar se involucra al rendimiento académico como certificador de las capacidades intelectuales y habilidades desarrolladas Fueyo (2005) básicamente, es una fuente del pensar y comportarse durante el procedimiento enseñanza-aprendizaje, permitiendo que cada persona sea funcional y tenga éxito escolar, gratificándolo con una puntuación por parte del profesor (Chadwick, 1979).

Dentro de este rendimiento existen campos formativos a nivel preescolar de suma importancia, que son evaluados gradualmente en cada niño, por ejemplo: el lenguaje y la comunicación son parte de estos campos, estas competencias participan favoreciendo el procedimiento cognitivo, de interacción- expresivo en infantes, incrementando la posibilidad de defender sus propias ideas y desarrollar actividades en conjunto.

Pérez y Salmerón (2006) explican que la comunicación es un proceso bimodal de transmitir y recibir el mensaje, en un entorno a través de una vía, en este procedimiento se ejercen gestos, expresiones, entre otros.

El lenguaje es el instrumento de comunicación exclusivo del ser humano y cumple múltiples funciones: obtener y trasvasar información, ordenar y dirigir el pensamiento y la propia acción, permite imaginar, planificar, regular.

En la etapa preescolar, los avances en el dominio del lenguaje oral no dependen sólo de la posibilidad de expresarse verbalmente, sino también de la escucha, entendida como un proceso activo de construcción de significados, donde aprender a escuchar ayuda a afianzar ideas y a comprender conceptos, familiarizando la interacción con otras personas (SEP, 2011).

La influencia de los síntomas depresivos en estas competencias se asocia como limitaciones cognitivas, afectivas y de lenguaje que impiden al niño/a comprender la noción de futuro, anticipar las consecuencias de su conducta, o incluso, mantener cambios en el estado de ánimo más allá de lapsos cortos de tiempo de lo que se espera, por tanto se explica que, a mayor incidencia de estado emocional negativo, menor rendimiento escolar y menor probabilidades de adquirir competencias para un desarrollo óptimo (Pauchard, 2002).

Durante la práctica profesional como experiencia propia, se pudo observar que, en diferentes instituciones educativas públicas a nivel preescolar, niños de aproximadamente 3-5 años de edad, presentan ciertas características emocionales desde apatía por salir a jugar a la hora de

receso, desánimo por dibujar o colaborar en actividades recreativas, irritación o enojo en algunas tareas, hasta aislamiento con su entorno.

Todas estas conductas han hecho que el infante no avance a otros niveles educativos, tomando en cuenta que, los márgenes de aprendizaje de cada ciclo, se encuentran establecidos por qué tanto logra el niño en objetivos y metas, al no presentar una actitud favorable hacia las actividades diarias, se considera no apto para avanzar a otro grado, se reprueba y comienzan faltas tanto académicas como emocionales.

Landreth (2002) explica que no hay nada complejo ni desafíos grandes que no puedan resolverse a través del juego, dado que permite que los infantes dominen su propio mundo creando sus propias alternativas, desarrollando la capacidad de innovar y mantener un sentido de libertad: “Los niños utilizan el juego para comunicarse cuando no tienen las palabras para expresar sus necesidades y esperan que los adultos entiendan su lenguaje, el juego es el lenguaje del niño y los juguetes son las palabras” (p. 4).

La terapia de juego permite que el infante procese y transmita mensajes, mejore su regulación emocional, relaciones interpersonales, manejo del estrés, fortalecimiento del yo, y se prepare para las siguientes etapas de vida, gracias al bienestar que llega el niño con los diversos juegos de expresión.

En específico, el interés de la terapia que se usó es la narrativa que se deslinda de la terapia de juego, esta propone que los niños sean capaces de transformar su vivencia traumática en historias más agradables y menos agresivas, a través del discurso acompañado de objetos lúdicos que representen su mundo expresivo, incentivando el desarrollo emocional al externar a través de sus ojos y su lenguaje.

A partir de lo mencionado, la pregunta de investigación es:

¿Una intervención con la terapia narrativa disminuye los síntomas depresivos y aumenta las competencias básicas de lenguaje y comunicación a nivel preescolar?

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo general

Constatar que la intervención basada en los principios de terapia narrativa en niños a nivel preescolar disminuye los síntomas depresivos y mejora las competencias de lenguaje y comunicación.

Objetivos específicos

Conocer la prevalencia de síntomas depresivos en una escuela preescolar, de un sector público, en Cuernavaca, Morelos.

Comparar los índices de síntomas depresivos con los niveles de atraso en el lenguaje-comunicativo, para conocer la relación que hay entre sí.

Intervenir en los síntomas depresivos mediante la Terapia de Juego, en niños a nivel preescolar y en base a ello, aumentar sus competencias de lenguaje y comunicación.

3.2 Justificación

Esta investigación además de intervenir con la terapia de juego, proporcionará a la sociedad información sobre la depresión en rangos de menor edad, ya que implica consecuencias muy severas si no se interviene de forma adecuada.

Se trata de anunciar a la comunidad, a personas especializadas en este campo, maestros y padres de familia que, a través de la terapia de juego, la calidad de vida en los infantes será favorecedora y el niño tendrá la capacidad de resolver conflictos adecuadamente, ya que la depresión es considerada el resfriado común de los trastornos psiquiátricos debido a sus altas tasas de incidencia y prevalencia (Aguado, Silberman y Manrique, 2005).

Campo-Arias, Díaz-Martínez, Rueda-Jaimes & Barros-Bermúdez (2005) encuentran que la identificación temprana de este trastorno no sólo minimizaría la posibilidad de fracaso académico, sino que también reduciría en forma substancial otras conductas de riesgo para la salud, como el consumo de cigarrillo o de alcohol o las conductas alimentarias desadaptativas asociadas con la presencia de trastornos depresivos.

Parson (1990) habla que, la función que tienen los padres, profesores y entorno en general, es dar protección a los niños, protección que constituye de cuidado físico, emocional, económico, entre otros, sin embargo, el aspecto emocional se ha tornado poco transcendental, en varias instituciones educativas se presentan niños con ciertas características como: insatisfacción, experiencias de tristeza y desinterés al realizar actividades, y la atención es nula o carente de cuidado.

De aquí la importancia de aportar con una intervención que favorezca el bienestar emocional en los niños que reflejan conductas depresivas en la etapa preescolar.

Además de, proporcionar a la ciencia, material para complementar las investigaciones actuales que comprueben que, el efecto de la depresión infantil puede ser un factor influyente en el comportamiento escolar de los niños, aun con una edad pequeña.

Adicionalmente, es bien sabido que la depresión infantil ha tenido serios problemas por ser aceptada por la comunidad científica, por la falta de instrumentación en edades iniciales, de igual forma, por la poca o nula importancia que se le otorga al infante (Del Barrio y Cols, 2002).

Por ello es necesario probar ciertas teorías que garanticen una buena intervención para poder añadir herramientas en los diferentes niveles educativos y así, dejando de subestimar emociones negativas.

3.4 Supuestos

Los niños que presentan síntomas depresivos tienen bajos niveles en las competencias de lenguaje y comunicación.

La terapia narrativa reduce síntomas depresivos y aumenta las competencias de lenguaje y comunicación.

3.5 Método

Según Salgado Lévano (2007) los métodos cualitativos tienen una visión basada en significados de características o conductas comprendidas desde un marco de análisis profundo.

El tipo de estudio será exploratorio, debido a la descripción en el comportamiento de ciertos eventos, este tipo “busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se ha sometido a análisis” (Dankhe, 1986, p. 60).

El estudio es de corte transversal de nivel exploratorio y descriptivo.

Se muestra el método utilizado en la tabla 10:

Tabla 10 Método

Dimensiones metodológicas	Característica metodológica
Diseño de investigación	Cualitativo
Método utilizado	Mixto

Fuente: Elaboración propia

3.6 Participantes

Los participantes fueron 30 niños con edades oscilantes entre 3-5 años (como población general de la primera fase del proyecto) de los cuales 9 se diagnosticaron con niveles medios y altos tanto de síntomas depresivos como atraso verbal, sin embargo, se pudo trabajar solamente con 6 de ellos.

Entre los instrumentos se utilizaron fueron:

1. La escala de depresión preescolar para maestros (ESDM 3-6) Domènech Llaberia, Araneda, Xifró & Riba, 2003) instrumento creado para detectar síntomas de depresión infantil en la etapa de Educación Infantil a partir de la información proporcionada por los educadores, el principal objetivo es la detección precoz de síntomas depresivos que puedan ser una señal de alarma de un estado depresivo para poder atajarlo cuanto antes y evitar su cronificación, este instrumento cuenta con 19 ítems, dicha prueba tiene un índice de confiabilidad

2. Prueba PPVT-III- Peabody, propuesto por Dunn & Dunn (2010) quien evalúa el screening de la aptitud verbal, es un test de rendimiento que mide el nivel de adquisición de vocabulario de una persona, además, se puede usar para la detección rápida de dificultades o screening de la actitud verbal; instrumento de aplicación individual que tiene una confiabilidad del alfa de Cronbach de 0.93 (Autista & Metropolitana, 2017).

3. Prueba Proyectiva Test del Árbol; a través de esta prueba se percibe la expresión emocional interna, conflictos y representación actual del niño.

4. Entrevista clínica semiestructurada para los padres, con el fin de obtener información personal – pre-peri natal de los niños a evaluar, tomando en cuenta conductas actuales y su rutina diaria, a través de preguntas abiertas y organizadas.

5. Registro de emociones diarias; esta anotación se usará a partir de iniciar la terapia de Juego, puntuando diariamente los cambios de estado de ánimo del niño por semana, hasta finalizar las sesiones.

Esta intervención se encuentra bajo una condición ética, donde los padres firmaron el consentimiento informado como dicta el artículo 13º (Reglamento de la Ley General de la Salud

en Materia de Investigación para la Salud, 1988) sin embargo la participación de los niños también se tomó en cuenta; apalabraron la autorización para ser partícipes de la investigación, se les explicó en qué consistía cada sesión y los juegos preestablecidos, es importante mencionar que a nivel legal los menores no tienen una jurisdicción pero a nivel metodológico se buscan estrategias para hacer válida su opinión, como ejemplo: huellas dactilares o una representación simbólica (dibujo) en una hoja como evidencia, retomando el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el artículo 3º de la Convención sobre los Derechos del Niño “la expresión; interés superior del niño, el ejercicio de sus derechos” (Suprema Corte de la Justicia de la Nación, 2012).

Los niños que participaron en este estudio tienen de 4- 5 años, se trabajó con una escuela preescolar, sector público, estatus socioeconómico medio-bajo, ubicada en la Ciudad de Cuernavaca, Estado de Morelos.

El nivel Preescolar cuenta con 30 niños en total, dividiendo 15 niños en el grupo A y 15 niños en el grupo B, ambos grupos fueron tomados en cuenta para la muestra por conveniencia.

3.6 Diseño metodológico por etapas:

1. Etapa 1 (administrativa)- antes de comenzar con el protocolo de investigación dentro de la Institución, se hizo la presentación con la encargada, después de haber obtenido el permiso (gestión administrativa, documentos que avalan a la interventora por parte de Posgrado de Psicología) para posteriormente tener acceso a las instalaciones con los niños.
2. Etapa 2 (informativa) -se hizo la reunión informativa para los padres de la muestra seleccionada, con el fin de explicarles la investigación, pedir su autorización (consentimientos informados) para trabajar con sus hijos; la junta se realizó en 40 minutos; se les entregó la entrevista clínica, con un lapso de 3 días para devolverla contestada, dicha reunión se realizó en el Preescolar.

3. Etapa 2 (continuación)- después se hizo una reunión informativa con las profesoras del Preescolar, para explicarles en qué consistían los síntomas depresivos y el lenguaje, también, se les dio a conocer el instrumento donde ellas serían partícipes como filtro de observación en las conductas o síntomas desfavorables de los niños a cargo, esto bajo un trabajo en conjunto de observación por parte de la interventora del proyecto.

El tiempo que se utilizó para esta capacitación fue de 50 minutos.

4. Etapa 3 (Aplicación de instrumentos) -se comenzó con la aplicación ESDM (síntomas depresivos) y el Test de Vocabulario Imágenes PEABODY, para el primer instrumento se utilizaron 15 minutos por niño, cada maestra debía entregar la hoja de respuesta al final de la semana, posteriormente se aplicó el test de vocabulario con duración de 10 minutos por niño, para evaluar a los 30 niños, se ocuparon 8 días. Los horarios que estableció la institución para la aplicación fueron: 10:30 am- 11:20am. De lunes a jueves, esta aplicación fue individual.
5. Etapa 3 (continuación)- la última aplicación fue la prueba proyectiva *Test del Árbol*, con tiempo de: 25 minutos, la aplicación fue grupal, se dividió a los 30 niños, en 3 grupos.

Al finalizar las pruebas mencionadas, se dio a conocer cuidadosamente, la muestra de niños que presentaban síntomas depresivos y atraso en el lenguaje verbal, exclusivamente a la directora de la Institución, para los permisos pertinentes.

El proyecto se divide en tres fases generales:



Figura 4. Fases del proyecto

En la primera fase de diagnóstico se presenta la muestra total de niños evaluados, después se muestran los niños que tienen síntomas depresivos a nivel bajo, medio y alto, junto con la evaluación verbal y atraso en la misma, dicha muestra es la que participó exclusivamente en las futuras sesiones de intervención.

En la segunda fase se comenzaron las sesiones con la Terapia de Juego, es aquí donde participó el registro semanal de los cambios de estados de ánimo como evaluación de la eficacia de la intervención.

En la fase tres se hizo una evaluación del Test de Vocabulario Imágenes PEABODY y ESDM, para comprobar que las competencias de lenguaje y comunicación aumentaron y los síntomas depresivos disminuyeron, esta parte tendrá soporte con las observaciones que las Profesoras obtengan diariamente acompañadas del registro de emociones que ya se mencionó.

Capítulo 4 Resultados

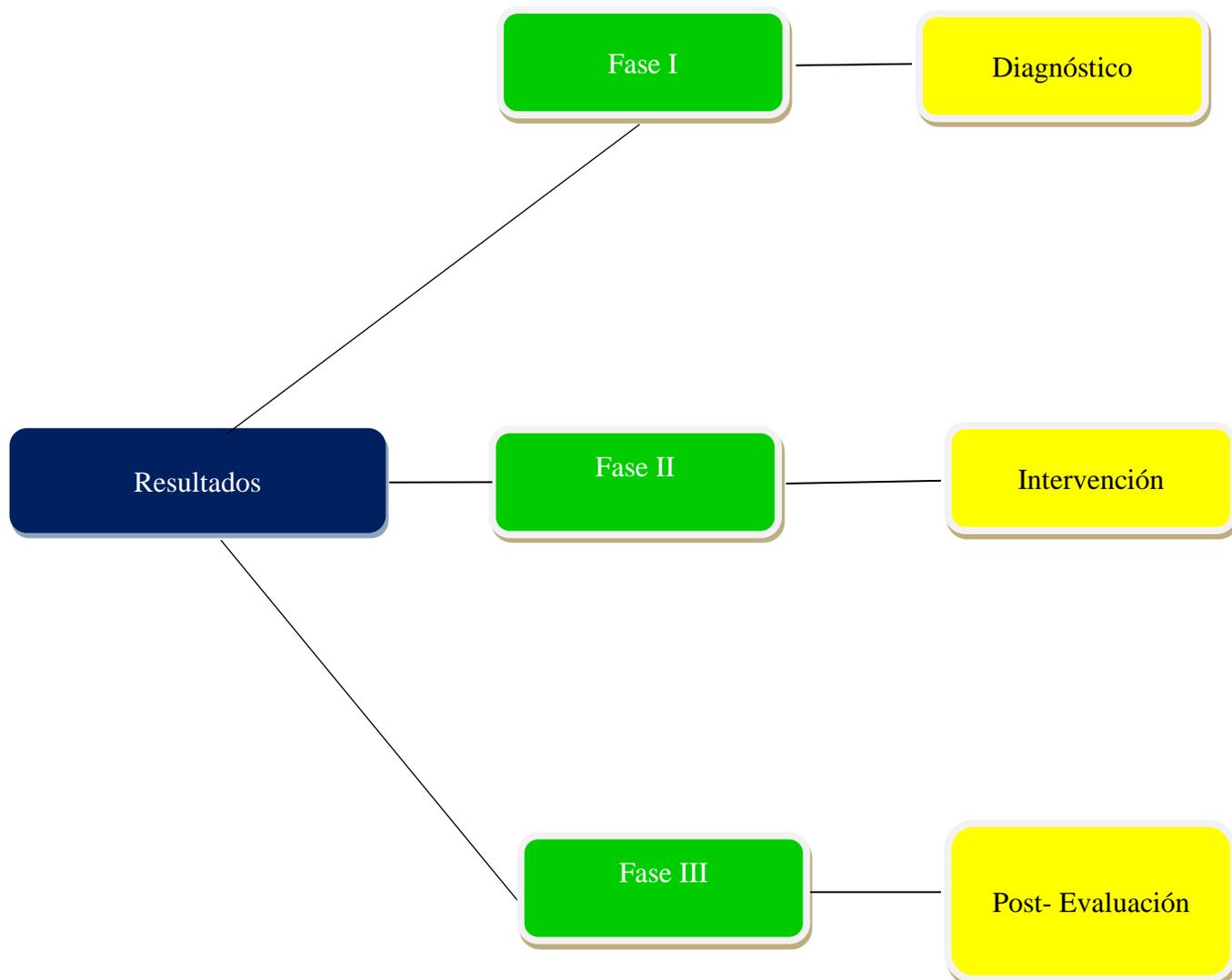


Figura 5. Resultados por fase

4. Resultados

Fase I: Diagnóstica

En el siguiente apartado se presentan los resultados obtenidos de la fase diagnóstica (*Fase I*), donde se aplicaron los instrumentos: ESDM (3-6), PEABODY, test del árbol y entrevista a padres, con el objetivo de conocer la existencia de síntomas depresivos y atraso verbal-comunicativo.

La población estuvo conformada por 30 niños, cuyas edades estaban en el rango de 4-5 años, y que asistían a un preescolar público de la ciudad de Cuernavaca, estado de Morelos.

Posteriormente, en la fase II (intervención), se muestran los resultados obtenidos durante las actividades de juego y los casos en particular.

Finalmente, en la fase III (post- evaluación) de este capítulo se puede observar la eficacia de la intervención tanto en los síntomas depresivos como en las competencias básicas (lenguaje y comunicación).

En cuanto a la fase I, en la figura 6, se expresan los resultados que se obtuvieron de la aplicación del ESDM (3-6).

Figura 6

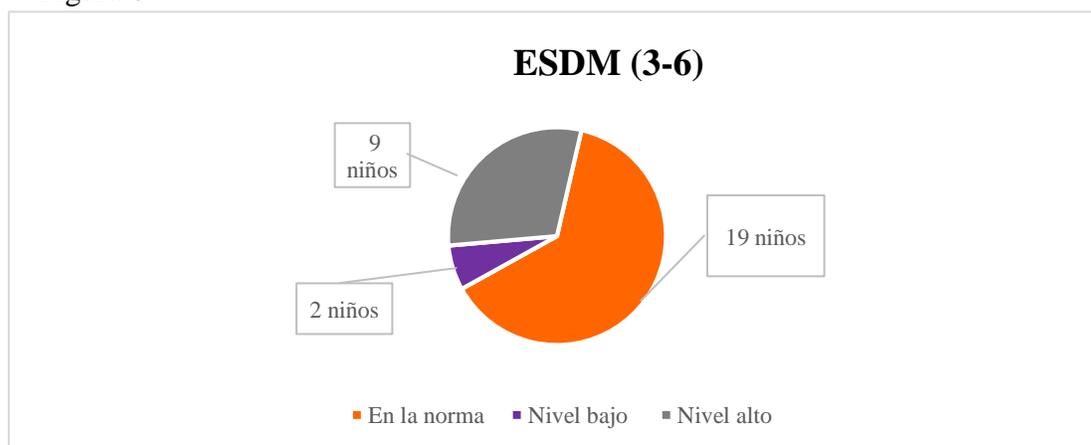


Figura 6. ESDM (3-6). Resultados Preliminares

En la prueba ESDM, 7 niños presentaron niveles altos en los síntomas depresivos y 2 niños obtuvieron un nivel bajo.

El gráfico 6, muestra que el 37% de la población evaluada padece síntomas depresivos.

La prueba ESDM (3-6) puntúa los niveles de depresión en 3 partes, nivel bajo para las personas que tengan como resultado menos de 28.9, nivel en la normal poblacional para las personas que obtengan de 24.5 a 0, el último nivel corresponde al nivel alto, las personas que padecen síntomas depresivos obtienen una puntuación mayor de 28.9.

En la figura 7, se muestran las puntuaciones:

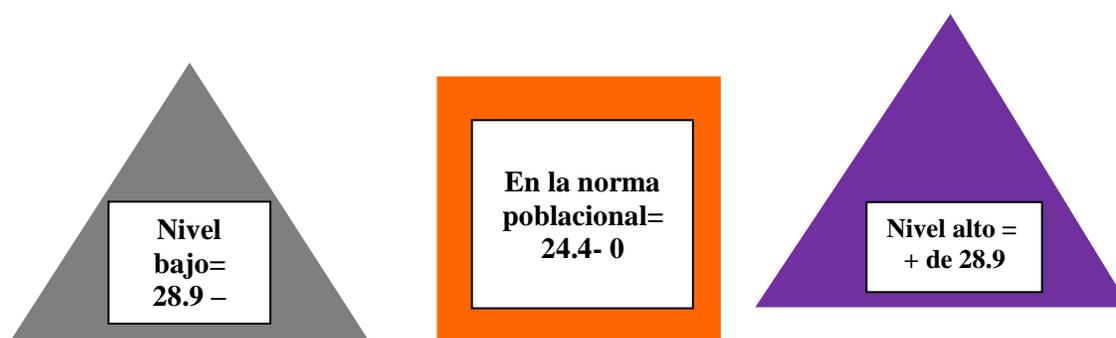


Figura 7. Criterios de instrumento ESDM (3-6)

La prueba PEABODY tuvo como objetivo medir el atraso verbal- comunicativo, esta prueba fue aplicada a los 30 niños evaluados con la prueba ESDM (3-6).

En la figura representativa 8 se muestra el porcentaje de los niños que obtuvieron atraso verbal y el nivel correspondiente, tomando en cuenta que la prueba se compone por nivel alto, nivel bajo y norma de población.

Figura 8

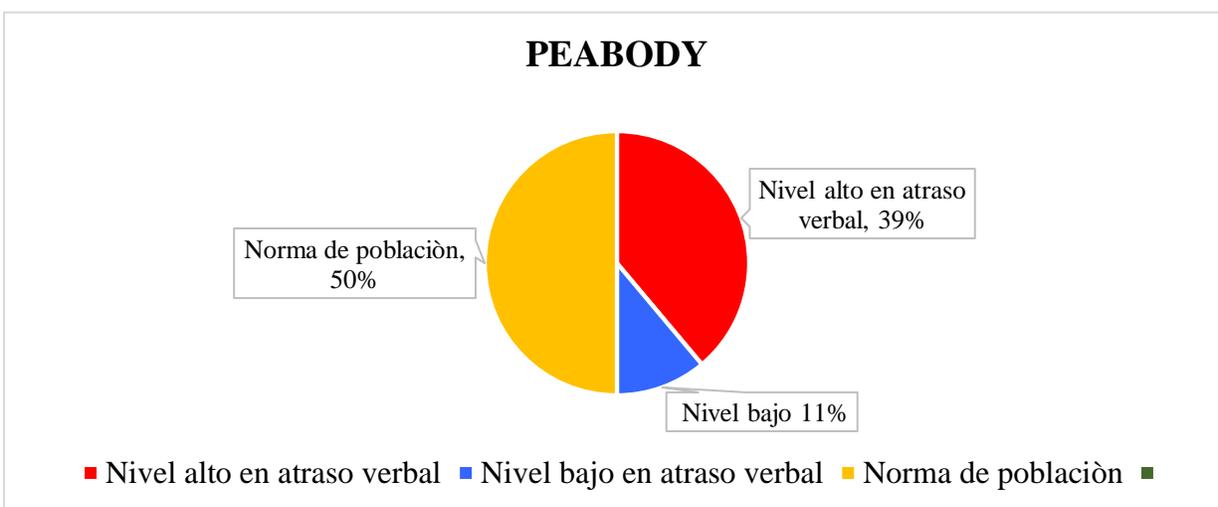


Figura 8. PEABODY. Resultados preliminares

El total de niños evaluados fue de 30, 7 de ellos obtuvieron un atraso verbal- comunicativo de 7-13 meses, es decir un nivel alto, mientras 2 niños resultaron tener un atraso de 4-6 meses, nivel bajo.

Los trastornos de lenguaje que se presentaron en los 9 niños fueron: mutismo selectivo (inhibici3n del habla por entorno poco seguro) y disfemia t3nica (bloqueo del habla al iniciar una conversaci3n por contenci3n alta de expresi3n).

Es importante mencionar que los niños con puntuaciones bajas y altas, tanto en la prueba ESDM (3-6) como en la prueba PEABODY formaron parte de la muestra de intervenci3n, a excepci3n de 3 niños que no fueron tomados en cuenta por faltas.

Adem3s de aplicar los instrumentos antes mencionados, se a±adieron entrevistas que se realizaron con los padres de los niños que obtuvieron niveles altos y bajos en s±ntomas depresivos y atraso verbal, a trav3s de esta herramienta se obtuvo informaci3n importante sobre vivencias pasadas y actuales en la familia.

Entre estas vivencias y experiencias encontramos algunas cuyo contenido es:

1. Golpes en el vientre durante el embarazo (rechazo pre-perinatal):

“...odiaba estar embarazada, me odiaba, me embaracé estando drogada, intenté abortos con pastillas nada resultó, una vez me intenté abrir la panza con una navaja, pero mi mamá me llevó al médico, ya por último me arrojé a la carretera pensé que con las piedras podría sacarme eso, pero un señor me levantó... hasta ahorita no soporto ver a la niña, no la quise, ni la quiero ahora...”

2. Suicidio del padre en presencia del niño.

“...mi hijo vio cuando su papá se quitó la vida, mi marido se ahorcó con un cinturón frente al niño... él faltó ese día a la escuela porque estaba resfriado”.

3. Asesinato del padre frente al niño.

“...mi esposo estaba metido en cosas malas, le debía la mercancía a uno de sus amigos y lo mataron cuando llevaba a Rodri, fue en un pueblo cercano a la casa de su tío, unos vecinos me hablaron para avisarme, el niño estaba callado, tenía unas pringas de sangre en su carita...”

4. Violencia familiar y aceptación de la violencia

“... en mi casa todos somos felices, todos estamos juntos, hay ciertos detalles que si provocan que mi marido se enoje pero es normal... bueno, cada quién se enoja a su modo, mi marido me ama, me respeta, a veces si me da mi merecido, ya sé que si me porto mal debo esconderme junto con mis hijos para que no se alteren... él a veces rompe la puerta con la cabeza tampoco es grave, yo también rompo las cosas, los platos, todos tenemos accidentes”.

5. Abandono recurrente de figura materna

Mamá de Eli: “...Yo chiqueo a la niña, le compro sus cosas, tiene niñera, yo sinceramente no nací para ser mamá, para qué le miento, no me gustan los arrumacos ni el besuqueo, ya la niña lo sabe, no le falta nada, yo viajo por mi trabajo y mi esposo también, somos académicos, no

tenemos tiempo, para eso pagamos... cuando viajamos la niña se queda con sus abuelos, no estamos para cargas y llanto...”

Mamá de Bella: “Me la paso con ella cada vez que puedo, 2 horas al día, o ya cuando duerme, le pongo la Tablet o la mando a ver tele, jugar como que no, yo ya estoy grandecita para eso, y pues a mi marido no le gustan los niños, y es que la niña llora, es rarita, es encajosa, y pues Doctora eso no es normal...”

Así mismo, se integró el test del árbol con el fin de conocer conflictos internos y el estado emocional del niño en la actualidad.

En la siguiente tabla se muestran los resultados de la prueba proyectiva, los dibujos se exponen en la fase III (post- intervención).

Es importante mencionar que, para cuidar la confidencialidad y privacidad, en todos los casos se usaron pseudónimos.

Nombre	Resultados
Daniela (Caso 1)	Yo débil Necesidad de protección materna Árbol muerto: sentimientos depresivos Ambiente seco e infeliz Falta de apoyo- sin raíz
Paco (Caso 2)	Sentimiento de vacío Falta de apoyo Ausencia del padre Árbol triste
Bella (Caso 3)	Aspecto colérico e inhibición Inseguridad Necesidad de crecimiento, entorno inseguro
Eli (Caso 4)	Temor a la autoridad Nostalgia y lejanía

	Frustración
	Dificultad para comunicarse con el mundo exterior
Rodrigo (Caso 5)	Ausencia de la figura paterna
	Melancolía
	Impulsividad
	Sufrimiento interno
	Carencias afectivas
Lucas (Caso 6)	Agresividad
	Fragilidad emocional
	Sufrimiento interno

*Se muestran las características de la prueba.

Fase II

La fase II muestra los resultados que se obtuvieron en la intervención, agregando que, dentro de las sesiones se abordaron elementos que forman parte del soporte emocional y la narrativa del niño y que en brevedad se mencionan:

1. Estado emocional actual y particular
2. Expresión verbal
3. Relaciones comunicativas efectivas
4. Situación familiar- redes de apoyo
5. Formas de afrontamiento
6. Técnicas de relajación
7. Fomento de sistema fonoarticulador

En la tabla 12, se explican las sesiones de la intervención, brevemente.

Tabla 12. Bosquejo de las sesiones.

Terapia Narrativa	Núm. De sesiones	Objetivos	Actividades
White y Epston (1996)	<i>Sesión 1</i>	Rapport – integración Conocer estados emocionales actuales	Canción: soy una serpiente. El avión va aterrizar y necesita ayuda.
	<i>Sesión 2</i>	Rapport- integración Enseñar técnica para controlar el enojo. Fomentar la comunicación. Estimulación de aparato fonoarticulador.	Carrera de caracoles Botellita de la calma
	<i>Sesión 3</i>	Conocer los elementos depresivos particulares y las alternativas de solución. Fomento de la verbalización colectiva-externalizada. Dar a conocer las emociones para identificación personal.	Canción: Lío de emociones. Cuento: El monstruo de colores.
	<i>Sesión 4</i>	Impulsar las habilidades emocionales (comprensión y expresión propia) al igual que las habilidades comunicativas (empatía, convivencia asertiva).	Canción: adivina, adivinanza, adivina lo que siento. Historia del gran Genio. Aplasta globos.
	<i>Sesión 5</i>	Identificación de síntomas depresivos.	Chocolate por todos lados. Gusanito de papel.

	Fomento de habilidad comunicativa (juego grupal).	
<i>Sesión 6</i>	Fomentar la expresión emocional (estrés contenido)	La historia de los animales. Los cubos de colores cobran vida.
<i>Sesión 7</i>	Fomentar las alternativas ante problemática por medio de la expresión comunicativa y el afecto con los demás. Impulsar la red de apoyo.	El oso Mauro necesita un abrazo.
<i>Sesión 8</i>	Explorar las problemáticas familiares y la función del niño en la familia. Impulsar las habilidades comunicativas mediante la expresión emocional hacia sus pares.	Canción: “familia dedo”. La casita
<i>Sesión 9</i>	Fomento de la expresión verbal. Establecer vínculos de afectividad.	Un obsequio a mi persona favorita- “el cono”.
<i>Sesión 10</i>	Identificación de las emociones propias. Canalizar las emociones. Alternativas para la mejora en las relaciones con padres-comunicación.	Emoticanto: “Espacio de tranquilizo”. Cortometraje: “la niña que siempre estaba enojada”
<i>Sesión 11</i>	Comienzo de cierre (intervención) Fomento de expresión emocional manual y verbal. Enseñar el cierre en duelos.	Canción: “es hora de decir adiós”. Las pinturas cobran vida.

<i>Sesión 12</i>	Impulsar el afecto y la expresión verbal. Fomentar las redes de apoyo y la empatía con los demás (autoayuda-ayuda). Retroalimentación.	Canción: “rock de las emociones” “es hora de decir adiós” Historias del abejorro.
------------------	--	---

Nota: Elaboración propia

Se debe agregar, que en algunas sesiones se trabajaron actividades para la mejora del aparato fonoarticulador que estimula la articulación y producción de sonidos, favoreciendo la comunicación.

A continuación, se procederá a la revisión de cada uno de los casos trabajados, los cuales se procesaron con la técnica de análisis de contenido y análisis hermenéutico.

Fase II: Intervención

CASO 1- Daniela

Daniela es una niña de 4 años, cursa el segundo grado de preescolar, es hija única.

Actualmente vive con su mamá.

Daniela, obtuvo una puntuación alta de 42 en la prueba ESDM (3-6).

En la prueba PEABODY tuvo como resultado 12 meses de atraso verbal- comunicativo, dentro de este atraso el trastorno de lenguaje que presentó fue: mutismo selectivo.

El mutismo selectivo es la inhibición del lenguaje en ciertos contextos, donde el niño se siente desprotegido y con miedo a ser lastimado, esta dificultad verbal persiste con frecuencia en situaciones sociales (escuela o parques), aunque cuando se trata de violencia o maltrato por parte de los padres la inhibición persiste en casa, con familiares cercanos (Olivares, 2007).

La entrevista semiestructurada aplicada a la madre, señala que Daniela ha sido una niña con rechazo desde la etapa prenatal a la actualidad:

“odiaba estar embarazada, me odiaba, me embaracé estando drogada, intenté abortos con pastillas nada resultó, una vez me intenté abrir la panza con una navaja, pero mi mamá me llevó al médico, ya por último me arrojé a la carretera pensé que con las piedras podría sacarme eso, pero un señor me levantó... hasta ahorita no soporto ver a la niña, no la quise, ni la quiero ahora”.

Su padre ha estado ausente constantemente, por tanto, el único apoyo para los cuidados de la niña es a través de la abuela materna, sin embargo, la madre de Daniela la mayor parte de veces ha optado por dejarla sola en casa bajo llave, para evitar contacto con su madre.

Dentro de la historia familiar la madre de Daniela se embarazó a los 15 años de edad, el padre de la niña tenía 13 años, durante la concepción la pareja se encontraba bajo los efectos de sustancias tóxicas (crack).

La reacción de la madre al tener conocimiento de su embarazo fue de rechazo, buscó alternativas abortivas; sustancias (crack), pociones (té), intento de autoflagelación en la panza y provocarse un accidente vía automovilística.

Después de dar a luz, la madre continuaba con el rechazo, los primeros meses no podía ver a la niña; no le daba pecho ni la cargaba, por esta razón la abuela se hizo cargo de Daniela, sin embargo, un año después de su nacimiento, la madre optó por vivir sola con la niña.

La madre describe a Daniela como; callada, obediente, chillona, insoportable y muy sentimental.

En las observaciones de la maestra a cargo, Daniela es una niña con cara triste, no socializa, no sonríe, ni juega, no se pueden dirigir a ella con tono de voz alto porque comienza a sudar excesivamente, muestra una cara de miedo y se abraza como protegiéndose, también menciona que la niña es muy callada, cuando necesita permiso para ir al sanitario habla en voz muy bajita en el oído de la maestra, en los eventos recreativos no participa, los materiales para trabajo los suministra la abuela, y en diversas ocasiones la madre ha llegado drogada a la estancia.

En las primeras 2 sesiones sobre integración, Daniela realizaba las actividades, pero no verbalizaba lo que sentía, en la ronda de preguntas no participaba, se mostraba triste, cansada, sin energía.

Primer cambio en Daniela: Balbuceo y Simbolización

En la sesión 3 del cuento “el monstruo de colores”, la niña comenzó a hablar, pero con voz muy bajita, ella eligió ser el monstruo de color negro (miedo) y azul (tristeza) *“a mí me da miedo mi mamá y estar solita por eso hay que hablar calladita”*.

La experiencia no se limita a la descripción del suceso, el significado es latente desde que el niño manifiesta una huella de la problemática.

Los niños que reprimen la expresión verbal, regularmente están amenazados con golpes o situaciones desagradables que imposibilita el trabajo verbal fluido en terapia, por ello se llega a la representación con objetos que no amenacen su libertad (Dunne, 2006).

Segundo cambio en Daniela: Descarga de emociones, “Votar hacia afuera”

En la sesión 4, Daniela se muestra irritable, minutos antes la maestra de la escuela, la reporta por tener una conducta “inusual- violenta” con sus compañeros.

A través de la historia del gran Genio ella verbalizó con un tono de voz más alto que el de las sesiones pasadas *“yo voy a acabar con él”* y le da golpes fuertes al globo hasta que lo rompió, suspiró y se quedó sentada.

En la sesión 5, se trabajó la ronda de preguntas con un gusanito de papel, a ella le tocó: ¿cómo son tus papás? (voz baja) *“mi mamá (hace una pausa), mi mamá (pone una cara asustada)*

mi mamá grita mucho, se enoja, me tapo los ojos... mi papá a veces feliz, a veces llora en mi cabello”.

White & Epsón (1990) consideraban que la externalización garantiza el proceso de conversación en la sesión, generando significados a primera estancia, para posteriormente verbalizar el problema fluidamente.

En la sesión 6 Daniela comienza a expresar cómo siente a través de acciones violentas no favorecedoras para su medio, pero sí para hacer evidente lo que entonces mantenía oculto.

Tercer cambio en Daniela: Apalabrar el sufrimiento

Durante la sesión 7, en el juego con títeres, Daniela eligió ser el elefante enojón, este elefante golpeaba a todos, los tiraba, aprendió a defenderse a golpes *“elefante, no te quiere tu mamita, ¿por eso estás triste?”*, *“... no tienes amigos, estás solito”*, *“el elefante quiere un abrazo de su mamita”*, *“para qué nació, es su culpa”* (golpea al elefante hasta que finalmente lo recoge, lo sacude y lo abraza).

En la sesión 8 del cuento “Oso Mauro necesita un abrazo”, mencionó: *“cuando Lili (su osa de peluche) la meten al refri lloro”*, *“mis abrazos son de mi mamá, pero a ella no le gusta que la moleste”*.

Daniela comienza a enunciar la culpabilidad de su nacimiento de manera verbal y a través de una carga negativa (golpes).

La culpabilidad es uno de los factores principales de batalla que se muestran en los juegos narrativos, es un trabajo padre e hijo, donde el padre modifica esos estándares de expectativas y nutre las cualidades actuales, sin embargo, este caso es un tema de rechazo en el cual la madre no está dispuesta a participar.

Por otra parte, se cumple una de las premisas de Piaget (1975) señalando que los niños a esta edad se encuentran en el periodo preoperatorio; donde son capaces de intuir las problemáticas de su entorno y señalar de dónde se deriva el malestar, aunque no tan complejamente como un adulto.

Cuarto cambio en Daniela: Apalabrar la ausencia de los padres

En la sesión 9, el juego fue “la casita”, Daniela eligió ser la hermana pequeña que todos debían cuidar y darle de comer, (voz baja) *“yo soy la bebé, lechita caliente y galletas quiero”, “de chiquita nadie me va a pegar”, “mamita porqué te enoja que esté aquí”, “papito por qué no vienes”*.

En la sesión 10, Daniela hizo un cono para su papá y voz baja, dice: *“este conito es para mí papito”, “este conito podría hablar, le pondré pegamento y boca para que no se calle y no se rompa, porque esperó mucho”*.

El juego de la terapia narrativa conecta acciones imaginarias- mágicas que recrean el sentido valorativo de la vida (White 2007).

A pesar de haber falta de apoyo por ambos padres, Daniela durante las sesiones anteriores ha evidenciado el dolor a través del lenguaje y con un tono de voz más alto, donde demuestra que se va fortaleciendo su confianza y va dejando el temor a expresarse.

Evolución de la imaginación

En la sesión 11 y 12 del cortometraje sobre los niños que se golpeaban ella mencionaba con voz baja:

“esa niña se enoja cuando su casa está negra y la casa es grandota y a veces me quiere comer” (se tapa los ojos), posterior a eso se pone de pie y grita muy fuerte con mirada desafiante hacia una casita de juguete que estaba en el patio, se tranquiliza y se vuelve a sentar con sus compañeros, mientras los demás la observaban asombrados.

En las siguientes sesiones se hizo el cierre, Daniela hablaba con mayor claridad “*Miss le digo un secreto, yo sería el monstruo verde, tranquila con mi osita, pero me daba miedo hablar*”, en la historia del abejorro “*que haga su botellita de la calma cuando sea gruñón*”.

Puede observarse claramente que, a través de los juegos, Daniela mejoró su expresión verbal y sobre todo la capacidad para expresar las emociones, pasó de ser una niña que no emitía palabras, triste y con apatía hacia el juego, a ser una niña con cara feliz, con un tono de voz más entendible y un poco sociable a pesar de ser tímida.

A continuación, en la figura 9 se presenta el seguimiento del estado emocional de Daniela:

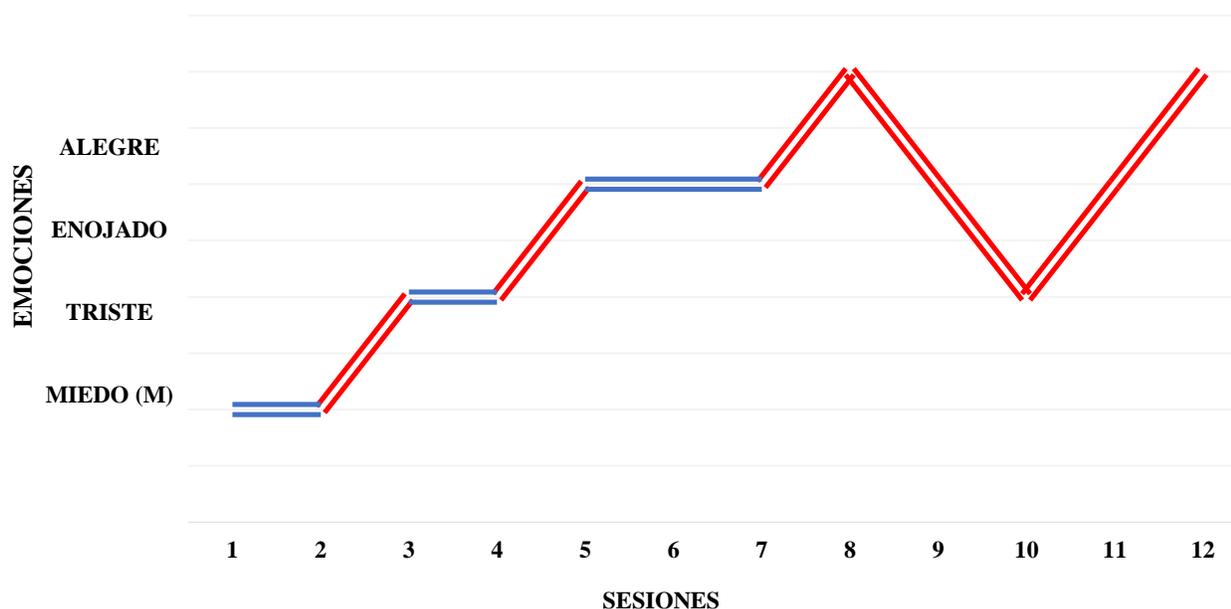


Figura 9. Las líneas rojas indican la transición de la emoción, las líneas azules indican que la emoción se mantuvo desde 2-3 sesiones.

El seguimiento de Daniela muestra una evolución del estado emocional que comienza en el miedo, después pasa a la tristeza, luego al enojo, se podría decir que en la sesión 9 la niña mantiene ese estado emocional, sin embargo, en la sesión 10 el estado decae, ese día Daniela llegó a la escuela agredida físicamente por la madre bajo los efectos del alcohol, de modo que la niña estaba muy enojada, callada y triste.

En ese intervalo de sesiones se implementó el plan protocolario de protección al menor y el caso pasó al DIF, sin embargo, la niña no dejó de asistir a las sesiones y mostraba una mejor actitud a las actividades, siendo participativa y se le veía mejora en su expresión facial.

CASO 2- Paco

Paco es un niño de 4 años de edad, cursa el segundo grado de preescolar, es hermano menor de 2 hijos.

Actualmente vive con su mamá y su hermana de 6 años.

Paco, fue uno de los niños que presentó niveles altos en los síntomas depresivos, obtuvo una puntuación de 43, tomando en cuenta que el instrumento ESDM (3-6) determina este nivel si el resultado es mayor a 28.9.

En la prueba PEABODY el niño obtuvo una puntuación de 8 meses de atraso verbal-comunicativo, el problema de lenguaje que presentó fue: mutismo selectivo.

Según Block (2016) el mutismo selectivo puede manifestarse con varios factores, para caso particular el mutismo que presenta Paco es por un factor ambiental- traumático, donde la circunstancia del evento que presencio le genera ansiedad y por ende tiene dificultades verbales.

La entrevista semiestructurada realizada con la madre, ésta señala que Paco presenció el suicidio de su padre, por ahorcamiento, hace 6 meses:

“mi hijo vio cuando su papá se quitó la vida, mi marido se ahorcó con un cinturón frente al niño, Paquito faltó ese día a la escuela porque estaba refriado y vio cómo se moría su papá”.

Y desde entonces no se le ha explicado el motivo real de su ausencia, sin embargo, la madre creó una historia ficticia de una piñata con forma de superhéroe que se fue para jugar con otros niños, desde entonces Paco comenzó a comportarse de forma diferente.

La madre hace una comparación del comportamiento del niño antes y después del suceso con el padre, Paco era un niño feliz, platicador, le gustaba bailar y estar con su padre al cual le llamaba “superhéroe”, la mayor parte del tiempo se la pasaba con él.

Después de lo ocurrido con el padre, el niño dejó de ser platicador, era irritable, lloraba la mayor parte del tiempo, no expresaba afecto hacia su mamá, perdió el control de esfínteres, tenía pesadillas con monstruos, y en la escuela lo reportaban por ser muy agresivo.

En las observaciones de la maestra, Paco era un niño líder, le gustaba reír, hablaba mucho, hacía bromas, y también era uno de los más aplicados, tales conductas desaparecieron desde la situación familiar, a partir de ese momento el niño se volvió muy agresivo, golpeaba, y en actividades grupales su participación era nula, no le gustaba comer, ya no hablaba con tanta frecuencia, y cuando lo hacía eran temas referentes a la muerte, uno de sus comentarios más frecuentes era: “maestra, qué se sentirá estar en caja encerrados bajo la tierra”, “ se imagina un día ya no estar aquí, sin respirar”.

Durante la primera y segunda sesión se trabajó la integración y el rapport en el grupo.

Al iniciar la sesión Paco se mostraba aislado, callado, indiferente hacia los demás, no quiso participar en la actividad con la que se apertura la sesión, en la actividad dos, que trató de un avión que quería aterrizar, pero no podía, él se mostró interesado y tomó un turno para participar, sin embargo, su semblante era rígido y no emitía ninguna palabra.

La depresión se describe como un aspecto afectivo de tristeza, vinculado a sentimientos de abandono, e infelicidad propia, que afecta los medios de la persona abarcando la cognición, los aspectos orgánicos y sociales (Mackinnon & Michels,1973).

Desde la etapa infantil, la depresión es conocida como una enfermedad severa que ha tomado partido en edades muy pequeñas, por ejemplo: de 2 a 5 años, comprometiendo la integridad del niño (Arieti, 1990).

El niño no es capaz de satisfacerse así mismo libremente, por sufrir una alteración en el estado de ánimo que reduce la posibilidad de expresar verbalmente el dolor.

La depresión además de afectar la funcionalidad de las actividades diarias, repercute en la convivencia con el medio, el niño entre más irritable y ausente esté, menos tendrá la oportunidad de tener un desarrollo adecuado en el lenguaje.

Actualmente se ha debatido una serie de mitos, como: los niños no se deprimen, la depresión es algo transitorio “al niño se le va a pasar”, y por esta falta de compromiso es que el porcentaje en suicidios aumenta, ya que la intervención no llega a tiempo.

La OMS (2017) reporta que para el año 2020, la depresión entre adultos e infantes será la primera causa de discapacidad en el mundo, por ello la importancia.

Primer cambio en Paco: el Balbuceo y la simbolización

La sesión 3 trató de un cuento sobre las emociones y un monstruo, donde el objetivo era conocer los elementos depresivos y alternativas de solución para verbalizar la situación individual a partir de lo colectivo, Paco comenzó a verbalizar con voz baja, sus primeros comentarios sobre las cosas que le desagradaban cuando se sentía triste era “*cuando está triste el monstruo de colores*

no quiere hacer tarea, tampoco quiere jugar”, también mencionó *“el monstruo tiene miedo a la noche solita”, “el monstruo rojo, lo elijo, él se molesta mucho, nadie le dice algo”* (enojo).

Brooks (1992) considera que el relato es una de las grandes aportaciones del juego narrativo, gracias a este relato el niño reconstruye su experiencia y mejora el significado, apartándolo de la crítica directa y dándole la oportunidad de expresar lo que siente tal y como es, a través de un personaje.

Segundo cambio en Paco: Descarga de emociones, “Votar hacia afuera”

En la sesión 4, se observa que Paco llega enojado al lugar de juego, la maestra minutos antes reporta que estuvo golpeando a sus compañeros desde la hora de entrada; durante la sesión se trabajó la historia del gran Genio y cómo afrontarlo, en esta parte comenzó a patear con fuerza el globo, posterior a eso golpeó la pared y gritaba, a partir de allí su semblante de enojo disminuyó y se mantuvo tranquilo, al finalizar la sesión sonrió a unos de sus compañeros y se retiró del lugar.

White & Bixio (1997) consideran que el valor del juego narrativo comienza a partir de la relación que se tiene entre el niño y la problemática.

A pesar de no haber una verbalización oral clara, el niño opta por expresar a través de golpes, el enojo y la irritabilidad de su dolor.

Tercer cambio en Paco: Apalabrar el sufrimiento de la madre / el padre

Durante la sesión 5, Paco se mostró participativo en la actividad sobre el camino del gusano, el juego consistía en una ronda de preguntas dependiendo el lado del dado que le tocara, a él le tocó: ¿Qué secreto te gustaría contarle al gusanito de colores? él da buenos consejos... Paco se

acerca hasta el gusanito: *un secreto?... “gusanito mi mamá llora (se queda callado) “mi mamá es el monstruo azul (triste) y yo lo sigo”*.

El niño tiene conciencia de su comportamiento, pero también del comportamiento de la figura materna, el trabajo de la confesión o el “secreto” permite explicar los efectos que causa en sí mismo y en su entorno.

En la sesión 6 se observó que Paco llegó al lugar de juego con semblante triste, la maestra explicó que estuvo peleando con su mamá porque no le quiso comprar una mascota, durante la actividad sobre títeres con animales, cada uno elegía su animal favorito y contaba una historia, él eligió ser la rana que tiraba a todos y su historia fue: *“este es el cuento de la rana René que no va a reírse nunca, esta rana la dejaron sola, vio que sus amigos tenían papás y se enojaba mucho”, “a la rana Rene no le compraron una mascota y se enojó más, por eso quiere golpear a todos”* (simula golpes), *“la rana tiene una hermana que le pega por ser una rana pequeña, pero no es tan mala, comen palomitas, y duermen”*.

El objetivo principal del juego narrativo es externalizar el dolor a través de personajes ficticios que representen el problema actual del niño, parte de las emociones principales del ser humano son la tristeza e irritabilidad, la persona es la encargada de canalizar estas emociones mediante estrategias que equilibren el bienestar propio y la convivencia.

La oportunidad que proporciona la terapia narrativa, es que el niño reconozca lo que siente a través de un discurso permisible, desplazando el ser “paciente” a “coautor de su vida” dándole un sentido interpretativo menos agresivo y solitario (White,2007).

Continuando con la descripción de las sesiones, la número 7 tuvo como objetivo fomentar la expresión verbal a partir del afecto propio y las redes de apoyo, la actividad fue un cuento de un oso que se llamaba Mauro y buscaba un abrazo, pero no lo encontraba, Paco tenía un semblante triste, sin embargo, fue parte protagónica del cuento, él simulaba ser el oso Mauro y pedía abrazos

a la psicóloga, también daba su punto de vista, “ *si fuese el oso mauro buscaría a mi papá*”, “*los abrazos son difíciles, Mauro busque otro abrazo con alguien que le guste estar con él*”.

El método interrogatorio se usa en la narrativa con la finalidad de modificar la historia dominante- dolorosa a una historia alternativa, por medio de soluciones que el niño expone (Freedman y Combs, 1996).

En la sesión 8, se observó que Paco asistió al lugar de juego con mejor actitud, el juego se llamó “la casita” el objetivo era explorar las problemáticas familiares, la red de apoyo y la expresión comunicativa dentro del hogar; Paco eligió ser el hermano mayor, su papel consistía en ser el hermano protector “*yo no los voy a abandonar*” le decía a su hermana, la figura paterna estaba ausente, del mismo modo que la figura materna, en la historia él solamente se encontraba con su hermana, “*hacían comida juntos, comían galletas*”, “*aquí sí podemos hablar y jugar*”, luego fue parte de una familia (que hicieron sus compañeros), en esa familia había afecto, atención y abrazos, él se mostraba feliz.

Dentro de la terapia de juego se usan recursos lúdicos, algunos son representaciones ficticias que ayudan al niño a comunicarse verbalmente, el juego narrativo es accesible a partir de un juego que integre el discurso, es decir, se puede trabajar con la casita como un medio para aquellos niños que reprimen el lenguaje individual, este juego se puede hacer colectivamente, y cada niño ejerce un rol de familia (Dunne, 2006).

El juego narrativo se compone de muchas actividades que desarrollan la comunicación lúdica, una de ellas es la expresión del arte, que, a pesar de no ser un lenguaje oral, permite que el niño expulse frustraciones, miedos, enojos para que posteriormente comprenda la lucha interna y se logre la verbalización esperada para su edad (Freeman, Epston & Lobovits, 2001).

A favor de la aportación anterior sobre los elementos lúdicos, se integraron algunas actividades en la sesión 9.

El objetivo de dicha sesión era establecer vínculos afectivos.

Paco se mostró participativo y alegre, tuvo un logro significativo, él pintó un cono que regalaría a su “miss”(maestra a cargo en la institución), lo pintó de colores, hizo comentarios como: *“miren me quedó chido, le puse corazones, el azul se lo puse para cuando se sienta triste la miss puede abrazar a su cono”, “el rojo para cuando esté enojada mire el conito y se calme”, “el amarillo ya ven ,ahora es la mayor parte del cono”*.

Es importante que, al involucrar recursos expresivos en el juego, no se trate de obligar al niño a hablar con palabras, sino como él guste, observando sus facciones, posturas y modo de dirigirse con los demás y así mismo, ya que también es una forma de comunicar su percepción.

Evolución de la imaginación

La finalidad de la sesión 10 fue identificar sus emociones, Paco llegó alegre y estuvo participativo en las actividades, se mantuvo el estado de la sesión pasada, el niño se relacionaba mejor con sus compañeros y se expresaba con mayor efectividad, durante el cortometraje llamado “despacio me tranquilizo” opinó: *“la niña se enojaba porque no entendía lo que pasaba”, “cuando me enojo me imagino un lugar bonito con mi mascota”, “ya tiene más amigos, porque ya no pega”, “hay que contarle la historia del gran genio a esa niña, a mí me gusta, respiro despacio”*.

El interés del juego narrativo es la representación de nuevos significados, no sólo se basa en representarla, el trabajo de la sesión a través de cortometrajes enriquece el relato reescrito con la imagen y el suceso vivencial.

Knill, Barba & Fuchs (1996) consideran que las terapias expresivas multimodales, es decir, terapias con recursos como películas, arte, videos, potencializan la satisfacción del niño a través de

la imaginación y el sentido de la historia, son casos “aparentemente lejanos” que permite solucionar el trauma desde afuera.

En las siguientes sesiones se trabajó el cierre de la intervención, con la finalidad de impulsar el afecto y establecer redes de apoyo en concreto.

En esta sesión Paco estaba enojado y lo expresó al momento de elegir la pintura roja para trabajar, abrió el frasco y colocó la pintura en su mano y con fuerza pintó un papel, sin seguir instrucciones, a los pocos minutos se detuvo y se sentó tranquilamente a esperar que sus compañeros terminaran.

Sin embargo, en la última sesión, el niño llegó participativo en la historia del abejorro que buscaba soluciones y esperaba trabajar en equipo para sentirse mejor, *“el abejorro puede hacerse un dibujo de un animalito que le guste, uno bonito”, “que hable con sus amigos”, “o que dibuje miss, un avión, donde pueda volar alto”, “que sea libre y no pelee”*.

A continuación, se muestra la figura 10 de seguimiento del estado emocional de Paco durante el tiempo de intervención:

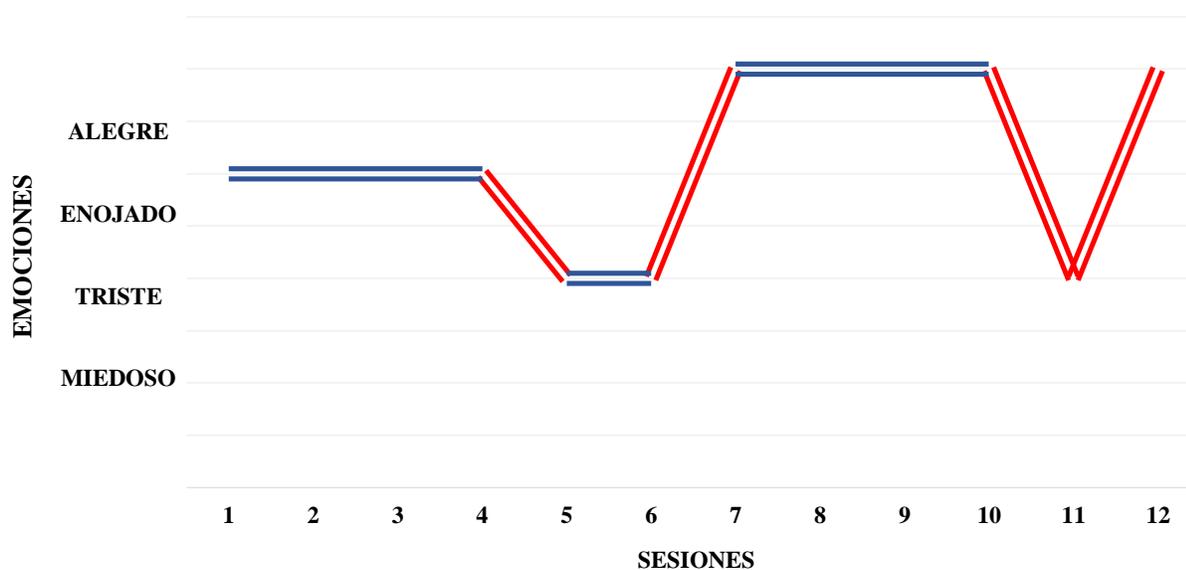


Figura 10. las líneas rojas indican la transición de la emoción, las líneas azules indican que la emoción se mantuvo desde 2-4 sesiones.

Durante las sesiones se puede analizar que Paco es un niño que no ha elaborado el duelo por la pérdida de su padre, se encuentra confundido, trata de sobrellevar la situación, pero la omisión del suceso no le permite entender con claridad lo que siente.

Cabe mencionar que el duelo no se elaboró por petición de la madre, no quería que se le dijera la verdad al niño, por lo cual se respetó su petición.

CASO 3- Bella

Bella, es una niña de 5 años, cursa el tercer grado de preescolar, hermana mayor de 2 hijos. Actualmente vive con su mamá, papá y hermana.

Bella obtuvo una puntuación 31 en la prueba ESDM (3-6), lo que indica que la niña se encuentra en el nivel alto de síntomas depresivos.

En la prueba PEABODY tuvo como resultado 6 meses de atraso verbal- comunicativo, el problema de lenguaje fue: disfemia.

La disfemia según Sangorrín (2005) “es un síndrome clínico caracterizado por disfluencias anormales y persistentes del habla” (p. 44).

Bella es una niña que tiene la capacidad del habla, no presenta retraso en el desarrollo o derivados, sin embargo, el rechazo por parte de sus padres produce angustia en ella y propaga el mensaje que le quiere dar a los demás al querer cumplir las expectativas de todo su entorno y este la acepte.

En la entrevista semiestructurada realizada con la madre, ésta señala que Bella ha sido una niña con rechazo de las figuras paternas:

“Me la paso con ella cada vez que puedo, 2 horas al día, o ya cuando duerme, le pongo la Tablet o la mando a ver tele, jugar como que no, yo ya estoy grandecita para eso, y pues a mi

marido no le gustan los niños, aparte tenemos a la más chiquita, a ella sí nos la llevamos, no es del mismo papá...él se fue cuando Bellita tenía 3 años, y solamente ha ido a visitarla 1 vez..."

La madre refiere que Bella era una niña que hablaba mucho, le gustaba hacer amigos, contaba lo que hacía durante clase, dormía sola sin llorar, jugaba con sus vecinos y hermana, disciplinada, le gustaba que la peinaran con moños de colores.

Sin embargo, a partir de la ausencia del padre la niña se empezó a comportar de forma diferente, irritada la mayor parte del tiempo, se le obligaba para comer, lloraba por las noches, pedía abrazos, no le gustaba salir a jugar, tampoco quería peinarse ni ponerse moños, en la escuela la reportan por conflictiva.

En las observaciones de la maestra a cargo, menciona que Bella era una niña muy activa, platicadora, le gustaba exponer sus dibujos, amable, respetuosa, ella era la que coordinaba la conducta, cantaba y salía a jugar.

Después de que su padre se fue, su madre dejó de atenderla, la niña comenzó a llegar desaliñada a la escuela, era intolerante, con apariencia triste, no copiaba sus tareas, no quería salir al recreo, la mayor parte del tiempo golpeaba a sus compañeros, ya no hablaba tan fluido y cuando quería algo gritaba para conseguirlo.

Primer cambio de Bella: simbolización

En la sesión 1, el semblante de Bella era triste, ella eligió ser un pajarito.

"Este pajarito es muy chillón, patalea", " se la pasa solito con sus colores porque su mamita vive en otra casa, pobrecito y ya no quiere cantar".

En la sesión 2, sobre la botellita de la calma: *"la botellita se mueve así porque nadie quiere jugar con ella, hace chimbo rabietas".*

En la sesión 3, sobre el cuento el monstruo de colores “*el monstruo de colores está confundido, enojado no sabe cómo caminar, es torpe*”, “*el monstruo azul se alimenta con aire, su tristeza se hace gotitas como el agua*”.

En la sesión 4, actividad “gusanito”, a la niña le tocó la siguiente pregunta ¿Cuándo te sientes feliz qué haces? “*feliz?, a veces mi almohada de corazones llora para adentro y la abrazo y nos vamos juntas debajo de la cama que es calmada...*”

Los niños que evaden la problemática, representan el dolor a través de la representación en objetos, la tarea recurrente del terapeuta en el juego narrativo implica visionar la experiencia a medida de transcurre el relato (Anderson & Goolishian, 1992).

La adquisición de las habilidades narrativas y el proceso de expresión verbal es un trabajo que hace la madre con el hijo desde edades muy tempranas, sin embargo, cuando esta está ausente se destruye la capacidad básica de comunicación (Trevvarthen & Burford, 1995).

Segundo cambio en Bella: Descarga de emociones, “Votar hacia afuera”

En la sesión 5, Bella eligió ser un tigre que rugía por todo;

“*Soy el tigre que manda, deberían tenerme miedo y correr.... No es cierto, no soy tan malo, los quiero ... bueno mejor no, mejor los tiro*” (avienta los demás títeres), (observa que los demás hacen su propia historia y grita): “*no los quiero lastimar, quiero que seamos amigos, se puede?*”

En la sesión 6, actividad “cubos” se trata de proporcionarles cubos de colores a los niños donde proyectan una historia a través de la construcción con dichos objetos, Bella menciona lo siguiente:

“Se me ocurre que hagamos cubos y los derribemos, vamos a golpear con fuerza hasta que nos cansemos”. (Hace 3 torres y la pateo, en esta actividad juega sola a pesar de proponerle a los demás qué hacer con los cubos).

En el siguiente juego de la misma sesión jugó a ser el que salvaba a todos:

“Yo soy su protector, no me tengan miedo, vamos a derribar a todos los fantasmas con 3 cabezas” (la niña continuaba tirando los “fantasmas” que eran los cubos).

Las esferas de experiencia permiten el desarrollo del lenguaje desde la personificación de lo básico una palabra, un nombre a niveles más complejos de narración (Beltrán Puentes & Villa García, 2017).

Bella externaba el sentido de ausencia de ambos padres a través de la búsqueda de afecto que le permitiese sentirse segura, desconocía la comunicación afectiva con sus compañeros, se encontraba confundida en el acercamiento con los demás, se mostraba agresiva y enojada a modo de autoprotección proyectando el mundo hostil en el que ha vivido dentro de su núcleo familiar.

Tercer cambio en Bella: Apalabra la ausencia de los padres

Durante la sesión 7 “el oso Mauro necesita un abrazo”:

“Yo sería la osa Bella y yo buscaría un abrazo de mi mamita y mi papito”, “lloraría... bueno no, a las niñas berrinchudas nadie las quiere Mejor me quedaría abrazando mi almohadita de corazones”.

En la sesión 8, “la casita”, Bella eligió ser la mamá que alimentaba a sus hijos pequeños, esa mamá era hogareña, no se ausentaba, permanecía en la casa coloreando y haciendo comida;

“yo los voy a cuidar mis bebitos, les haré espagueti y seremos felices, no me iré de aquí”, “cuando lloren les voy a hacer sh sh sh (arrullos) mis bebitos”, “vamos a pintar, yo pinto por ustedes, ¿verdad que son felices?, qué rico huele la comidita”.

Después cambió la historia una madre hostil, que era infeliz:

“Ahora vamos a ser una familia que se apesta- fuchi, y la casa hace frío”, “váyanse de aquí niñitos, si van a llorar váyanse al baño, hoy no hay comida, aguántense, yo sola” váyanse” (se ríe).

El juego metafórico descifra de manera activa la experiencia del niño, donde se relaciona lo imaginario y un posible actual (Burgos, 2014).

Bella mediante sus dos historias plantea la expectativa de una familia amorosa-comprensiva, y de una familia donde existe el rechazo y la hostilidad, la niña reconoce la situación que existe dentro de su hogar y manifiesta el discurso de la figura materna.

Cuarto cambio en Bella: Apalabrar el sufrimiento

Sesión 9, “el cono”, Bella eligió ser el cono rosa:

“Yo el cono rosa porque el rosa es el amor y se lo voy a guardar a mi mamita cuando regrese, la miss (maestra a cargo en la institución) dice que nuestros papitos nos aman y nos dan abrazos, pero mi mamita no está y me hace sentir tristona”.

Sesión 10, “cortometraje de la niña que golpeaba”:

“se parece a mí esa grosera, miss”

“La niña golpea pega porque sus papitos no están estaban juntos, o bueno uno no le pega y el otro día... miss, la niña se siente sola y quiere amigos”.

Cuando la representación del conflicto adquiere un significado interno en los niños, el discurso se enriquece a consecuencia de la dimensión, a través del juego y las artes proyectivas (videos o películas), como potencial identificadorio.

Bella se encuentra en la búsqueda de una red de apoyo que le permita estabilizar sus emociones y sentirse acompañada, función que los padres no están cumpliendo debidamente.

Evolución de la imaginación de Bella

Sesión 11 y 12 sobre expresión afectiva con pinturas, Bella observa su dibujo de la primera sesión:

“mire Miss, tantas caras tristes, ya me siento mejor, en esta hoja voy a dibujar con colorcito, mire está feliz”

En la última sesión, Bella hizo una historia sobre un abejorro:

“Mi abejorra se llama Pame, ella vuela por todos lados, buscaba comida y refugio, no lo encontró y se puso triste, luego se puso feliz porque vio a su abuelita que le traía churros, Pame creía que llorar era malo, lloró hasta que la gotita de su ojo se fue, pintaba y bailaba, se puso muchos moños de colores, a veces era gritona, pobrecita Pame, pero ya dijo que no será así”.

Bella logra crear una historia deliberada, narrando organizadamente sus estados emocionales, en antes y después, con un inicio, una parte central y el final.

A continuación, se muestra la figura 11 de seguimiento del estado emocional de Bella antes y después de la intervención:

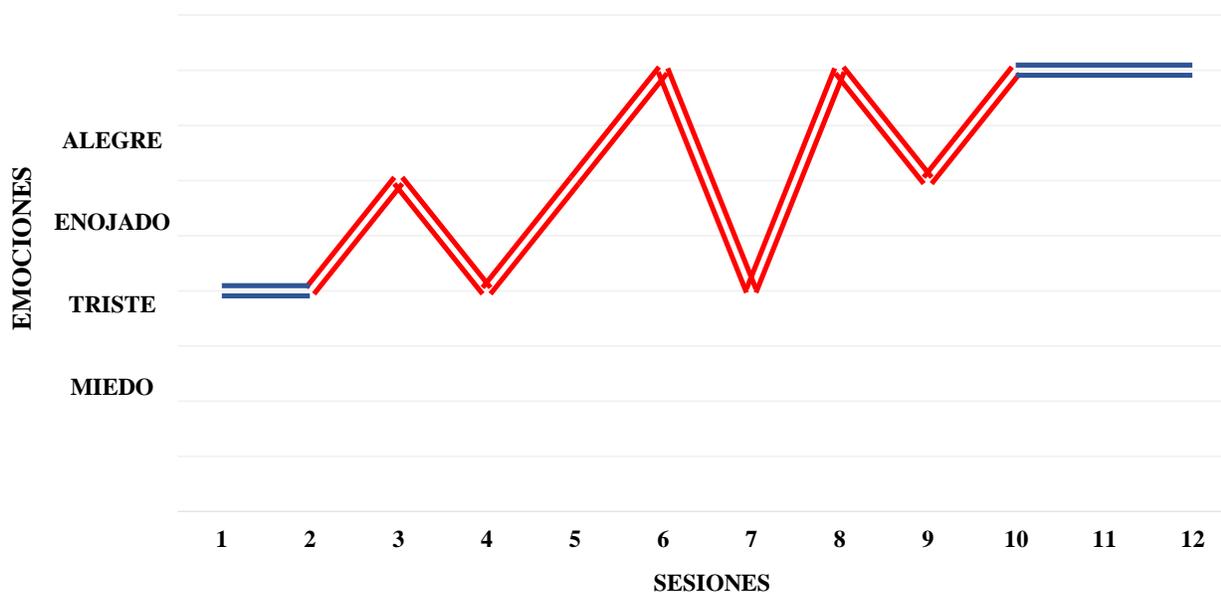


Figura 11. las líneas rojas indican la transición de la emoción, las líneas azules indican que la emoción se mantuvo desde 2-3 sesiones.

La niña logra tener cambios significativos, en las sesiones finales identificaba su enojo, se controlaba y tenía mejor comunicación con sus compañeros, era más paciente y afectiva.

Bella, fue la niña que más participó en las actividades, aunque en ocasiones se encontrara triste o irritada de todas formas lo expresaba verbalmente.

CASO 4- Eli

Eli, es una niña de 4 años, cursa el segundo grado de preescolar, hermana menor de 3 hijos.

Actualmente vive con ambos padres.

Eli obtuvo una puntuación de 34 en la prueba ESDM (3-6), lo que indica que se encuentra en el nivel alto en síntomas depresivos.

En la prueba PEABODY tuvo como resultado 8 meses de atraso verbal- comunicativo, el problema de lenguaje fue: disfemia.

La disfemia tiene 3 componentes importantes (verbal, emocional y cognitivo) que se explican a detalle en el capítulo 1, para el caso de Eli, el criterio que ella padece es el emocional, quiere decir que, a consecuencia de la ausencia de ambos padres por desinterés hacia su hija, padece ansiedad constante, miedo extremo y al momento de querer comunicarse con los demás y buscar aprobación de su entorno escolar la tensión muscular articuladora no se produce de forma adecuada.

Tomando en cuenta que la disfemia está localizada dentro de los trastornos de ansiedad que estipula el DMS-V y para el caso de Eli ella evita estar sola.

En la entrevista semiestructurada realizada con la madre, se observa que la niña ha sufrido de rechazo por ambos padres:

“Yo pago para que cuiden a Elizabeth, nosotros no tenemos tiempo para cuidarla, me puse a estudiar otra carrera, y mi esposo trabaja en viajes, nosotros no estábamos listos para otro niño, se suponía que ya no podíamos tener, estuve a punto de regalarla, mi esposo fue que le dio lástima y nos la quedamos, pero nunca jugamos con ella, es difícil aceptar que por otro chamaco tengo una vida estresante, si ella dice que le pego no le vaya a creer, tiene una gran imaginación esa niña”.

La madre refiere que Eli es una niña mimada por sus abuelos, es reservada, no le gusta hacer amigos, tampoco le gusta hablar, no sale a jugar con sus primas, ni con sus hermanos cuando están en la casa, lo único que hace es cargar un oso de peluche a todos lados, ha escuchado que habla con el oso, desde entonces la madre se dirige a ella como “loquita”.

En las observaciones de la maestra, menciona que la niña desde que ingresó a la estancia a la actualidad es introvertida, tiene dificultades para comunicarse con sus compañeros, se muestra temerosa, generalmente no se enoja, su semblante es triste y aislado.

Primer cambio de: simbolización

En la primera sesión, Eli llegó al lugar de juego abrazó a la psicóloga y dijo: “hueles como mi mamá ...yo bebé”, posteriormente se sentó e integró en la actividad, ella escogió ser un elefante:

“Este elefante es gruñetas, aunque nadie lo sabe, solamente nosotros”, “se enoja porque nadie quiere jugar con él... tiene familia, pero se la pasa solito porque todos lo regañan”

En la sesión 2, sobre la botellita de la calma: *“esta botellita tendrá los colores, estrellas, y los colores favoritos de Kika (peluche)”, “yo no voy a hablar, pero yo voy a hablar por mi botellita, sale?”*

En la sesión 3, sobre el cuento del monstruo de colores:

“mi monstruo de colores es amarillo con azul”, “le gustan los abrazos, pero a veces no se lo quieren dar y se ve como ese monstruo (señala el color azul, monstruo triste metido en un frasco solitario)”.

En la sesión 4, actividad “gusanito”, a la niña le tocó la siguiente pregunta, cuando estás con tus papás, ¿a qué juegas?

“... juego que nos abrazamos hasta que nos hacemos papaya, corazones y cuando me canso los guardo... en una cajita para otro día que estén felices”

Eli a través de su narrativa explica que sus padres se encuentran ausentes y creó un mundo imaginario donde anhela el vínculo afectivo.

Freeman, David Epston y Dean Lobovits (2001):

“el interés de los niños debe surgir con estrategias alegres que impliquen juegos, imaginación, fantasía, misterio, magia, simbolismo, metáfora y contar historias... en el interior de los reinos más elípticos de la búsqueda de significados se pueden encontrar tesoros que son fundamentales para la motivación del niño o niña y su capacidad para resolver los problemas” (p. 16).

Segundo cambio en Eli: Descarga de emociones, “Votar hacia afuera”

En la sesión 5, Eli eligió ser un pato cauteloso:

“... Soy un pato bonito que habla bajito, que sí habla, pero no quiere porque no quiere... él habla cuando se siente aliviado, es un pato coqueto, él se cuida solito, y cuando se siente malito hace cuaucuaú” (imita un llanto).

En la sesión 6, actividad “cubos” se trata de proporcionarles cubos de colores a los niños donde proyectan una historia a través de la construcción con dichos objetos, Eli menciona lo siguiente:

(Construye una casa con cubos, se encuentra en una esquina concentrada, la casa es de dos pisos, su cuarto es el último, allí colocó una muralla donde nadie puede entrar solamente ella y su peluche.

“Miss en este lugar Kika y yo estamos felices, nadie nos grita”.

En el siguiente juego de la misma sesión jugó a ser la que corría de los malhechores, no los enfrentaba, solamente se escondía para no ser alcanzada... *“nunca me van a alcanzar, me voy a esconder muy bien”, “porque soy más veloz y misteriosa, puedo viajar en el tiempo y a veces me voy a otro espacio y río mucho hasta dormirme”.*

White (2007) explica que “El terapeuta facilita el desarrollo de estas historias alternativas al introducir preguntas que animan a las personas a recolectar su experiencia vivida, a expandir sus mentes, a poner en práctica su imaginación, y a emplear sus recursos de construcción de significado” (pp. 61-62).

Tercer cambio en Eli: Apalabra la ausencia de los padres

Durante la sesión 7 “el oso Mauro necesita un abrazo”

“se parece a Kika! llora todas las noches, es que duerme solita, su mami no duerme con ella, por eso la tapo para que no se sienta mal”, “sueña que es una tortuga que va lenta en la calle y todos se burlan por eso los brazos no vienen”, “Kika no tiene mamá ni papá, ella come de lo que le doy”.

En la sesión 8, “la casita”, el papel de Eli era ser la hermana mayor que protegía a sus hermanas:

“allá afuera está peligroso, nos quedaremos aquí adentro de la casa”, “comeremos patanito y dormiremos todas juntas, allá te gritan fuerte y eso es malo, aquí les pondré colchas para el frío” (Cocina para las hermanas, permanece en la cocina la mayor parte del tiempo).

Sesión 9, “el cono”, Eli escoge pintar el cono de muchos colores, cada uno en orden:

“aquí tengo la boca (color rojo), ya la pinté está hablando mi conito, ya tenía tiempo callado, a veces imagino que mis juguetes hablan y es chistoso, miss”, “se siente calmado”, “aquí en los ojos tiene color amarillo, está feliz”, el azul está aquí (en los oídos) (se ríe).

Eli comienza externalizando la ausencia de la madre, dibuja un personaje mágico que observa el mundo de manera optimista, sin embargo, en los oídos representa la tristeza que le causa

escuchar ese mismo mundo, proyectando el enojo acumulado y poco expresivo en una boca cerrada (según muestra el dibujo).

En la última sesión de este segmento reacomodas sus emociones y manifiesta las vivencias que representan cada emoción.

La narración se compone de intencionalidades emitidas por preguntas que profundicen la trama del niño, solamente así se puede tener claro el panorama emocional, como: sueños, compromisos, valoraciones, miedos, actividades de agrado (Bruner, 2010).

Tercer cambio en Eli: Apalabrar el sufrimiento

Sesión 10, cortometraje de “la niña que golpeaba”:

Se observa a Eli pensativa, “a mí me pega manotazos mi mamá y mi papá por eso me escondo con Kika, ellos nos miran extraños, no les gusto, mi cabello tampoco les gusta, me lo jalan y me gritan, pero yo no pego, yo soy una niña obediente”.

Evolución de la imaginación

Sesión 11 y 12 sobre expresión afectiva con pinturas, Eli toma el color amarillo, lo coloca en su mano derecha y lo desplaza en toda la hoja:

“Miss mire, así se mueve mi mano cuando está feliz, es una mano feliz bailarina como Angelina”.

En la última sesión, la historia de Eli fue:

“Mejor una mariposa, esta mariposa se llamaba Luli, era miedosa, su cabello tenía rulitos negros, pero qué creen ¡lloraba por todo! Era solitaria y no le gustaban las caricaturas feas (the

happy tree Friends) que sus hermanos ponían, le asustaban los gritos y los golpes, Luli tenía su castillo entre la ropa de su cuarto, se escondía la chistosa, Luli me estuvo acompañando aquí cuando jugábamos miss, pero ya se fue, se despidió y se fue, ella dice que estará bien” (sonríe).

En estas últimas sesiones se puede ver a una niña feliz, libre para contar historias de fantasía, un tono de voz firme y claro, donde relata una historia evolutiva de sus emociones a través de una mariposa que logra independizarse y encontrar estabilidad.

A continuación, se muestra en la figura 12 (representativa) de seguimiento del estado emocional durante el tiempo de intervención:

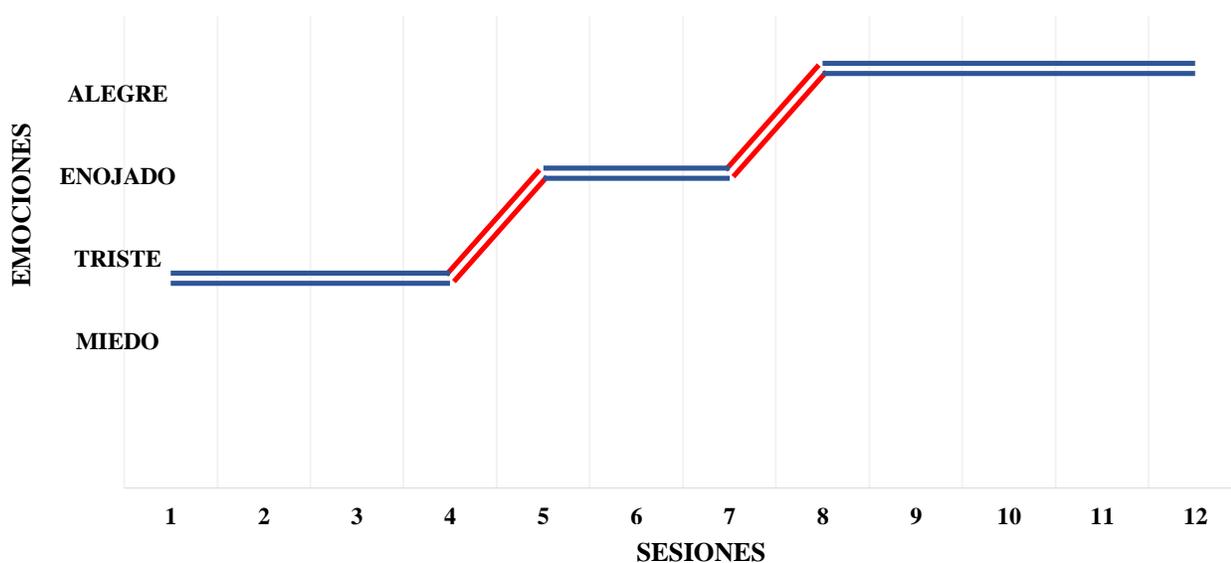


Figura 9. las líneas rojas indican la transición de la emoción, las líneas azules indican que la emoción se mantuvo desde 2-4 sesiones.

Eli entra a la intervención con una apariencia triste, sin verbalización, sin embargo, fue una de las niñas que más participó en las sesiones, puesto que en el resultado de la prueba puesto que en el resultado de la prueba PEABODY ella obtuvo un atraso verbal bajo a comparación de los demás niños.

CASO 5- Rodrigo

Rodrigo es un niño de 5 años, cursa el tercer grado de preescolar, hermano mayor de 2 hijos. Actualmente vive con su mamá y hermana.

Rodrigo obtuvo una puntuación de 37 en la prueba ESDM (3-6).

En la prueba PEABODY tuvo como resultado 6 meses de atraso verbal- comunicativo, el problema de lenguaje que presentó fue: mutismo selectivo.

Dorsh (2005) especialista en el campo del desarrollo de lenguaje y trastornos emocionales, cree que existe una relación evidente entre el mutismo selectivo y la depresión; la problemática actual o pasada del niño lo pudiese tener en un cuadro emocional negativo y por miedo o incertidumbre, su expresión disminuye.

Tomando en cuenta que el trauma familiar que presenció Rodrigo fue un evento catastrófico para un niño de temprana edad y de una figura que él admiraba en gran manera y que esto, hace que él tenga esta manifestación de ansiedad por la separación abrupta con el padre.

La entrevista semiestructurada aplicada a la madre, señala un evento importante en la vida Rodrigo, como la muerte de su padre hace 9 meses:

“mi marido estaba metido en cosas malas, le debía la mercancía a uno de sus amigos y lo mataron cuando llevaba a Rodri, fue en un pueblo cercano a la casa de su tío, unos vecinos me hablaron para avisarme, el niño estaba mero callado, tenía unas pringas de sangre en su carita...”

La madre señala que Rodrigo era un niño alegre, aunque un poco agresivo desde pequeño, le gustaba jugar violento con sus vecinos, hablaba mucho, decía muchas groserías, el único que podía controlarlo era el padre a través de agresión física, sin embargo, al niño le gustaba estar con su papá y acompañarlo en algunos trabajos, regularmente lo que jugaban era pistolas, luchas, había ciertas situaciones dentro de casa, pero todo aparentemente normal:

“en mi casa éramos felices, habían ciertos detalles que si provocaba que mi marido se enojara pero era normal... bueno, cada quién se enoja a su modo, mi marido me amaba, me respetaba, a veces si me daba mi merecido, ya sabía que si me portaba mal debía esconderme junto con mis hijos para que no se alteraran... él a veces rompía la puerta con la cabeza tampoco era tan grave, yo también rompía las cosas, los platos, todos tenemos accidentes”.

A partir del asesinato del padre, el niño dejó de hablar, ya no salía a la vecindad a jugar, agredía a su hermana de forma incontrolable; *“un día le pegó muy fuerte en la cabeza con un palo de la escoba hasta llevarla de emergencia al hospital”*, la mamá refiere que Rodrigo cambió mucho, sin embargo, en la escuela continuó siendo el primero en la clase de lectura, aunque en conducta era reportado muy frecuentemente.

En las observaciones de la maestra a cargo, ésta manifestó que Rodrigo era un niño líder, reía mucho, era burlón, en ocasiones agredía a sus demás compañeros buscando “el respeto”, la mayor parte del día le gustaba platicar actividades que hacía con el papá, pero en ocasiones no censuraba los conflictos familiares y contaba la agresión física que recibía su madre.

Sin embargo, después del fallecimiento del padre, Rodrigo era irreconocible para sus compañeros, le tenían miedo por su nivel de agresión, insertaba lápices en las manos de los demás, en más de una ocasión intentó quebrarle el brazo a uno de sus compañeros, hacía comentarios sobre la muerte *“voy a tomar la pistola y pum”*, *“pacto satánico te mato”* y se reía deliberadamente, la dirección de la institución mandaba citatorios a la madre pero no se presentaba, una vecina era la que se encargaba de ir a dejar y a buscar al niño a la escuela.

Primer cambio de Rodrigo: simbolización

En la sesión 1, Rodrigo se mostró participativo, en ocasiones agredía a sus demás compañeros con golpes en la espalda, en el juego él eligió ser un tigre: *“soy el tigre enojado, el que manda, el poderoso, nadie puede vencerme”*

En la sesión 2, sobre la botellita de la calma: *“esta pinche botella debería ser más fuerte, ve cómo se rompe sola, no parece brillar está hundida”, “estas estrellas en mi casa no se ven, ni hay color”*.

En la sesión 3, sobre el cuento “monstruo de colores”, Rodrigo participaba diciendo: *“el monstruo rojo cuando está furioso, no quiere jugar”, “me gusta el monstruo rojo porque nadie se mete con él, nadie lo va a dañar, es poderoso, bebé”*.

Segundo cambio en Rodrigo: Descarga de emociones, “Votar hacia afuera”

En la sesión 4, el niño llega enojado, aventó sus lápices hacia sus compañeros y luego miró hacia la pared, cuando se comienza a contar la historia del gran genio observaba a la psicóloga eventualmente hasta que se integró al círculo donde estaban todos sus compañeros, al momento de acabar con el gran genio (romper un globo) Rodrigo comenzó a golpear con fuerza el globo gritando *“ya cálmate, eres cansado”, “por tu culpa no tengo amigos”*.

El objetivo del juego narrativa en niños además de externalizar el suceso traumático, busca ajustar la expresión más propia del infante para darle una estabilidad emocional.

El juego proyectivo, contiene elementos importantes que constituyen a una simulación de la vida diaria (Stagnitti y Jellie, 2006).

Durante la sesión 5 “títeres”, Rodrigo estaba participativo, eligió ser el oso que se comía a los demás animales, luego se tranquilizaba y abrazaba a la hermanita *“el elefante pequeño, la consolaba cuando lloraba”*, *“aquí no hay de otra vatos, o ustedes o yo, no espacio para todos, el que se raje me lo rajo”*.

Posteriormente, en la sesión 6 “cubos” la historia trató de unos delincuentes que querían robar y los niños se cuidaban para evitarlo, Rodrigo era el que disparaba a la delincuencia, él gritaba *“déjenlo en paz, no le roben, él les va a pagar, corran hijos”*.

Rodrigo verbaliza el suceso traumático que vivió con el padre, a través de actos y verbalización violenta.

El juego ofrece oportunidades para entender el suceso desde diferente contexto, el punto clave de la narrativa se focaliza en la creación de los personajes, donde dichos personajes los origina el mismo niño (Nicolopoulou, 2010).

Tercer cambio en Rodrigo: Apalabrar el sufrimiento

Sesión 7, Rodrigo manifiesta el dolor y la búsqueda por parte de la figura paterna

“Si tuviese que buscar un abrazo sería de mi papá” “el oso Mauro no siente lo mismo por su mamá que por su papá, está muy triste y encabronado...le duele aquí (señala su pecho) cuando se acuerda”.

Sesión 8, en el juego “la casita”, el niño se muestra confundido, *“yo soy o yo era el padre de esta familia que gritaba y mandaba, apuñeteaba a mi vieja”*, *“hijos ya no les voy a pegar, salgan de su escondite”*, (cuando todos los niños salían) *“ahí están, les voy a pegar más fuerte”* (Rodrigo se quedó callado, agacha la mirada y dice: ya no quiero jugar, se sienta en el piso).

Sesión 9 “conito”, Rodrigo pinta el obsequio de color rojo y después toma el color gris, *“mi cono es el señor tristeza, primero enojado, pero ahora ya no”, “este Señor vive peleado con todos”, “este cono no voy a regalarlo, es para mí, es mi guardia”*.

El juego se enriquece entre la labor lúdica y la narrativa, al mezclarse estos dos elementos hay un sentido de interpretación más profundo, ya que no se trata de jugar por jugar, sino hacer que el niño a través de su discurso vaya descargando las emociones negativas que no le permitan un estado favorable.

Cuarto cambio en Rodrigo: Apalabrar la ausencia de los padres y reclamo a la figura materna

Sesión 10, Rodrigo llega tranquilo al espacio de juego, esa sesión trató del cortometraje de “golpes” mencionaba:

“la niña esa se enoja, yo igual, pero yo no tengo a mi papá, ella por lo menos tiene a los 2”, “viste cómo va hacia su mamá? Mi mamá ni sirve”, “a veces ni está, ahí me deja con mi hermanita, nos la pasamos viendo la tele para que no lllore ella, yo no lloro”, “pero bueno, estamos mejor así comemos más galletas y soy el protector.

Vygotsky (1978) menciona que:

“El comportamiento del niño en el juego siempre está por arriba de su edad promedio y de su conducta cotidiana; es como si en el juego fuese una cabeza más alta de sí mismo, como en el foco de una lupa, el juego contiene todas las tendencias del desarrollo de una manera condensada y es en sí mismo una fuente importante de desarrollo” (p. 102).

El simbolismo que representa el niño comunica “la apariencia de su realidad”, gracias al juego el niño explora la resolución de su vivencia.

Evolución de la imaginación

Sesión 11 y 12 sobre expresión afectiva con pinturas, Rodrigo dibujó una familia feliz con pintura gris y amarilla, cuando contó en qué consistía su dibujo, él dijo: *“en esta parte de aquí está mi papá (color gris), y en esta parte de acá estoy con mi mamá y hermana (color amarillo)...ustedes saben que los papás cuando se van al cielo se ponen grises como mi dibujo, nos da tristeza como el monstruo de colores, pero nos calmamos y respiramos poco a poco, son como nubes chingonas que vuelan”* (señala el cielo y sonrío).

En la última sesión, Rodrigo comenzó a ser afectivo con sus compañeros, llegó al lugar de juego abrazando a un amigo, (aunque lo habían reportado por decir groserías, ya era más cuidadoso con sus amigos), su historia fue:

“Pues yo, se me ocurre un abejorro que se sentía solo, y no le gustaba llorar frente a otros abejorros porque no era una niñita (se ríe), ese abejorro se llamaba Guasón, era peligroso, el más grande, el temido, antes todos le tenían miedo, como vio que no le gustaba sentirse así, siguió siendo poderoso pero amable, ya tuvo más amigos y lo querían como antes, con todo y su capa”.

Rodrigo relata una historia de una figura capaz de protegerse a sí mismo y capaz de proteger a otros, durante las sesiones permanece bajo esa postura de poder, sin embargo, se logra ver el cambio cuando verbaliza el dolor por la muerte de su padre y la asimilación del mismo acto.

A continuación, se muestra la figura 13 (representativa) del seguimiento del estado emocional de Rodrigo, durante el tiempo de intervención:

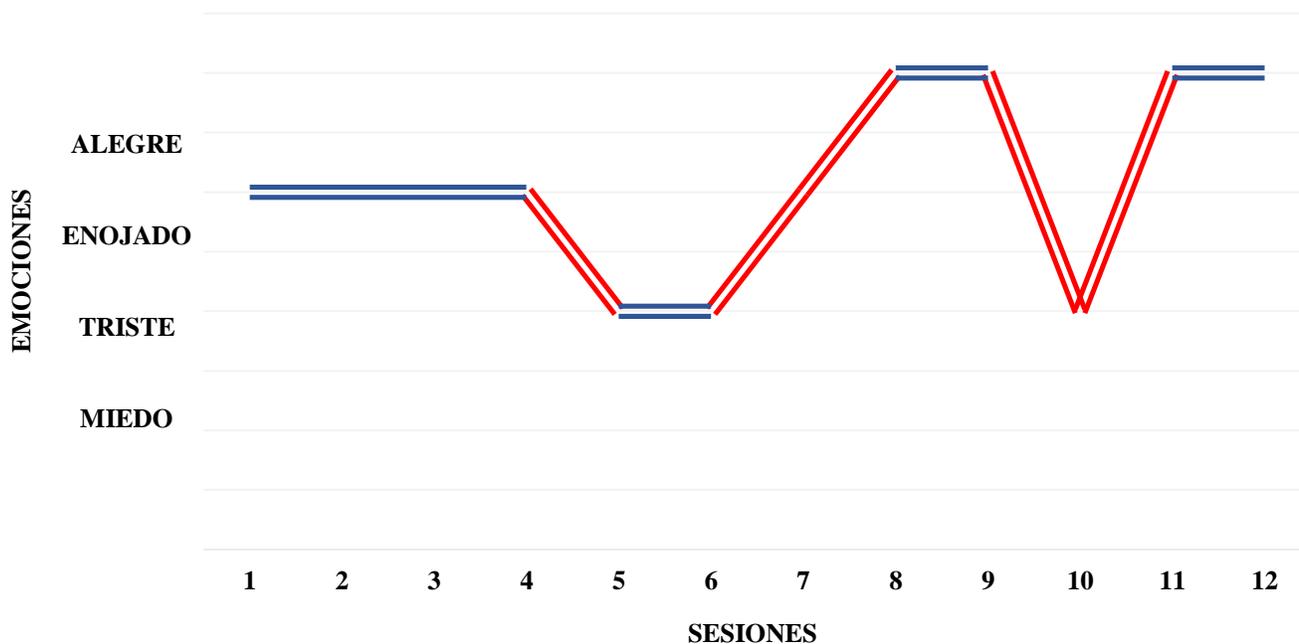


Figura 10. las líneas rojas indican la transición de la emoción, las líneas azules indican que la emoción se mantuvo desde 2-4 sesiones.

La gráfica muestra que Rodrigo la mayor parte del tiempo se encontraba enojado, se expresaba no de la forma adecuada, pero sí con palabras obscenas que repercutían en la comunicación con sus compañeros, anulando redes de apoyo e imponiendo miedo.

En las últimas sesiones logró tener un lenguaje más claro, asertivo y mejoró la relación con sus compañeros, aunque todavía hay ciertos detalles de comportamiento que es importante tratar.

CASO 6- Lucas

Lucas es un niño de 5 años, cursa el tercer grado de preescolar, hermano mayor de 2 hijos. Actualmente vive con ambos padres y su hermana de 4 años.

Lucas obtuvo una puntuación de 30 en la prueba ESDM (3-6), lo que indica que se encuentra en el nivel alto en síntomas depresivos.

En la prueba PEABODY tuvo como resultado 11 meses de atraso verbal- comunicativo, el problema de lenguaje que presentó fue: mutismo selectivo.

Los niños que presentan mutismo selectivo son más susceptibles a padecer trastornos emocionales como depresión, debido a la falta de interacción con sus demás compañeros, a comparación con los niños que no presentan esta situación presentan menos red de apoyo la inseguridad ante el miedo, la angustia, entre otros (Cunningham, McHolm, Boyle & Patel 2004).

En la entrevista semiestructurada realizada con la madre, se observa que Lucas ha sufrido rechazo por ambos padres.

“...Sinceramente Doctora ese niño nos ha salido malito, por todo se enferma desde chico, mi marido me culpa que, porque yo soy la jodida, pero le juro por mi madrecita que no... ese niño lo único que ha traído a nuestra familia es corajes y pleito... antes mi marido le pegaba mucho porque lloraba por todo, ahora ya ni caso le hace, y yo menos, él solo se encuentra...”

La madre refiere que Lucas es un niño que llora sin razón la mayor parte del día, muy pocas veces lo ha visto sonreír, es “introvertido” y en la escuela lo tienen visto como un niño reservado.

En las observaciones de la maestra; el niño desde que ingresó a la estancia a la actualidad es callado, tiene dificultades para comunicarse con sus compañeros, la mayor parte del tiempo permanece aislado y no es afectivo.

En diferentes ocasiones se ha citado a los padres para información sobre Lucas, pero nunca se han presentado, es un niño descuidado.

Primer cambio de Lucas. Simbolización: debilidad y miedo al padre

En la sesión 1, “el avión va aterrizar” Lucas tenía un semblante triste, sin embargo, participó en la actividad (su tono de voz era baja), eligió ser un pingüino:

“Mi pingüino de cuerpo chico y débil, un poco cansado, pero se apuró”

En la sesión 2, sobre la botellita de la calma:

“a mi botella le pondré ojos, no boca”

En la sesión 3, sobre el cuento:

*“mi monstruo de colores es negro (miedo), es el color que me gusta, ese color no siente”,
“ese monstruo corre de su papá, su papá sería el color rojo”.*

En la sesión 4, actividad “gusanito”, le tocó la siguiente pregunta, ¿en qué parte de tu casa te gusta estar? ¿en qué parte de tu casa no te gusta estar?

“las hormigas pican menos están en el jardín, ese es mi lugar”, “en la cocina... son como truenos, gritan, mucho ruido” (Continúa respondiendo con voz baja).

Lucas manifiesta la agresión física en el hogar, y el miedo a la figura paternal.

La teoría de apego de Bowlby (1995) acompaña al juego narrativo promoviendo el desarrollo y el afecto entre la madre y el niño como vínculo de seguridad y estabilidad emocional, tomando en cuenta que, “el hambre que tiene el niño pequeño del amor y de la presencia de su madre, es tan grande como su hambre de alimentación” (p.22).

Segundo cambio en Lucas: Descarga de emociones, “Votar hacia afuera”

En la sesión 5, Lucas eligió ser un pez:

“...pez, no te gustan que te molesten?, ¡nadie se debería de meter con él porque un día puede salirse del agua y les puede pegar con su aleta!” (simula un golpe), *“apesto y nadie quiere acercarse, pero está bien todo está bien”*, (cuando sus demás compañeros intentan hablarle) *“soy el único en el estanque, no tendrían que hablarme”*.

En la sesión 6, actividad “cubos”:

(Construye un cuadro casa con cubos y se encierra en él) (observa que los demás van a jugar, pero no se involucra con sus compañeros), en la historia del juego Lucas busca un lugar para esconderse, no enfrenta a “los malhechores”.

Durante las sesiones el niño busca lugares de resguardo para sentirse libre y sin hostilidad del medio, a pesar de no participar con sus compañeros, el niño se muestra espectador ante los problemas, pero no se involucra en ellos, prefiere comunicarse consigo mismo y esa acción lo ha mantenido moderadamente estable ante la situación familiar en la que vive.

Tercer cambio en Lucas. Apalabra la ausencia de los padres: Padres que no desea abrazar

Durante la sesión 7 “el oso Mauro necesita un abrazo” Lucas llega con semblante triste, su participación fue:

“el oso Mauro tendría que buscar bien a sus papás, a lo mejor están en la sala, pero no lo quieren abrazar”, *“no hay nada en mi casa para un abrazo”*.

En la sesión 8, “la casita”, el papel de Lucas era el de un hermano menor que se protegía así mismo:

(Al inicio del juego se mete a la casa y no emite algún ruido, posteriormente cuando Bella (la mamá) comienza a decirle que los alimentará, cuidará, Lucas comenzó a hablar)

“es cierto que me vas a cuidar?, ¿me vas a dar besos o me vas a pegar?”, *“esta sí parece casa, en mi casa arden todos como el fuego del monstruo”*.

Lucas comienza a verbalizar la agresión que existe en su casa, el nulo afecto de sus padres hacia él y el sentido de protección que necesita.

En la sesión 9, “el cono”, Lucas eligió pintar el cono con negro, rojo y azul: pegó y pintó minuciosamente el cono con los colores que tomó, después de tenerlo listo lo rompió, estaba enojado y ya no quiso realizar nada.

Lucas manifiesta el enojo rompiendo el conito de regalo, al considerar “poca cosa” lo que él puede dar, debido al maltrato emocional que sus padres han impuesto en él, mediante comentarios donde lo convierten en un niño minusválido, poco funcional y débil.

Cuarto cambio en Lucas: Apalabrar el sufrimiento

En la sesión 10, “cortometraje de la niña que golpeaba”:

Lucas llega al lugar de juego, mira a la psicóloga y le toma la mano, permanece así la mayor parte de la sesión, durante la actividad sus comentarios fueron:

“la niña estaba desesperada por eso llora”, *“es triste que sus papás no la escuchen”*

“bueno, la botella ayuda a tranquilizarnos, ella podría intentarlo”.

“sí tiene hermanos podrían cantarle, a mí no me han cantado”

En la sesión 11 sobre expresión afectiva con pinturas, Lucas eligió el color azul, lo coloca en una tapita y dibuja un mar con un pez afuera del agua con un aparato para respirar.

En estas sesiones el niño crea una historia que estabiliza sus emociones, adaptándose al medio bajo alternativas de su propio alcance.

White (2007) propone los mapas de la práctica narrativa como caminos de solución, donde la historia va profundizándose conforme se tocan los puntos clave del discurso.

Evolución de la imaginación

En la sesión 12, historia del abejorro, Lucas tenía un semblante feliz.

Su historia fue sobre peces que nadaban juntos:

“Había una vez un pez que vivía solo- solito- solín en un estanque pequeño con flores que eran sus amigas... las flores que estaban en su panza no hablaban, ese pez calamardo nado mucho, pero enfermaba a cada ratito, y le pegaba el agua en la cara, hasta que un día sonrió y encontró un amigo un pez globo gordote que nadaban juntos y compartían el pantano que se juntó con un estanque y tenían el lugar más grande de todos.... Fin”.

Lucas, era un niño muy creativo, pero debido al rechazo de sus padres y a la falta de apoyo emocional, permanecía con miedo, inseguro, sin hablar, sin embargo, durante las sesiones fue expresando lo que le daba miedo, las cosas que lo hacían enojar y comenzó a mostrar su afecto por sus compañeros.

A continuación, se muestra la figura 14 (representativa) del seguimiento en el estado emocional de Lucas durante las sesiones de intervención:

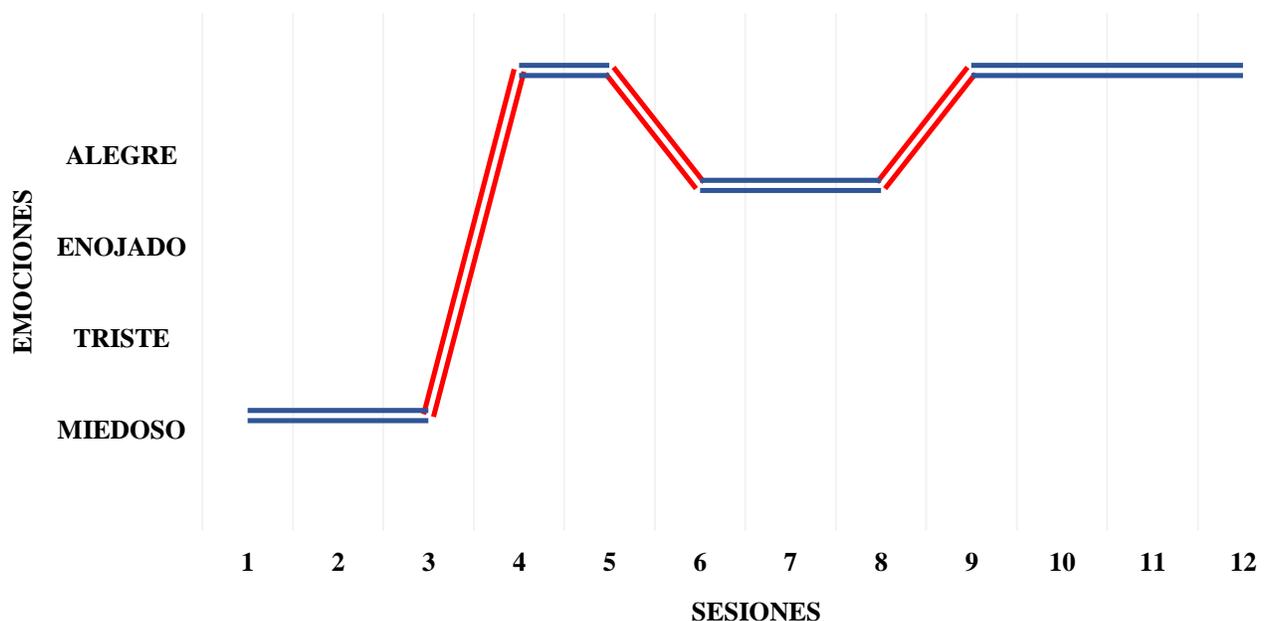


Figura 11. las líneas rojas indican la transición de la emoción, las líneas azules indican que la emoción se mantuvo desde 2-4 sesiones.

Lucas logró externar el dolor por el rechazo de sus padres, a pesar de la tristeza que esto le generaba, el trabajar en equipo le ayudó a expresar verbalmente lo que le sucedía y cómo se sentía, además de ser el más empático ante las historias de sus compañeros.

Consideraciones generales

De manera general, se analiza que todos los niños presentaron fluctuaciones emocionales diferentes, por las situaciones vivenciales particulares en las que se encontraban, sin embargo, durante el trabajo de intervención, específicamente en la sesión 10, los niños muestran un declive de la emoción, esto se debe a la futura finalización de las sesiones, por consiguiente, se trabajaron actividades de cierre durante las 2 sesiones que restaban.

Bostic, Shadid y Blotcky (1996) estipulan que el cierre puede generar ansiedad, tristeza y en ocasiones conductas desafiantes, debido que el niño siente que alguien se va de su lado, sin embargo, es un proceso normal para todo ser humano.

A pesar de encontrarse estos declives emocionales, lo interesante de cada caso es que los niños tenían la facilidad de expresar oralmente lo que sentían en el momento de cierre, la mayoría estaba en desacuerdo con dejar de jugar, daban su opinión con actitud de molestia y negación, pero finalmente a través de la palabra.

Como lo menciona Vygotsky (1996b) durante la etapa de juego el niño existe la posibilidad de encontrarse con diferentes crisis propias a la frustración de sus deseos y la pelea constante de su libertad, este deseo puede ser a palabras o a través de conductas no favorables que se encuentran en constante adaptación.

En la etapa preescolar el niño desarrolla ciertas emociones que ayudan a dirigirse en el medio, a medida que sus estados emocionales (positivos-negativos) van siendo descubiertos, puede relacionarse mejor con sus pares, independientemente de cómo lo expresa, con qué palabras, el foco de atención es la apreciación de la función que tiene esta comunicación (Betina Lacunza & Contini de González, 2011).

Fase III – Evaluación final

En el siguiente apartado se presentan los resultados post- evaluación.

Los instrumentos que se aplicaron para verificar el contraste entre los síntomas depresivos y el aumento del lenguaje fueron: ESDM (3-6), PEABODY, test del árbol y comentarios de las profesoras a cargo.

Se aplicaron los instrumentos a los 6 niños que entraron a la fase de intervención.

En la siguiente figura se expresan los resultados que se obtuvieron de la aplicación del ESDM (3-6).

Figura 15.

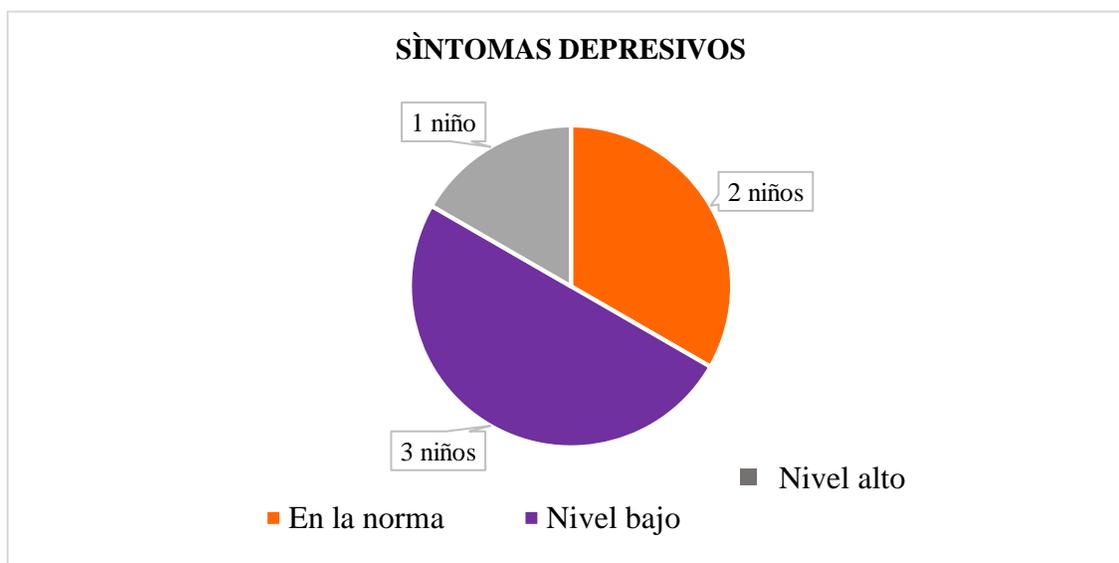


Figura 12. ESDM (3-6) Resultados

La figura 15 muestra que, de los 6 niños evaluados, 1 se mantuvo en el nivel alto de síntomas depresivos, en este caso es importante mencionar que, a pesar de no tener una puntuación tan elevada como en la fase de diagnóstico, el niño no pudo integrarse en el nivel bajo por condiciones del instrumento.

Continuando con la explicación del gráfico, se observa que 3 niños lograron disminuir síntomas depresivos y los 2 restantes lograron posicionarse en la norma poblacional.

Explicando de forma más específica, a continuación, se muestran las puntuaciones de los síntomas depresivos de cada niño.

Niña/o	Resultados de la aplicación inicial (ESDM)	Resultados al finalizar la intervención
Daniela	42	28
Paco	43	33

Bella	31	23
Eli	34	24
Rodrigo	37	28
Lucas	30	25

Nota: Resultados de la prueba ESDM (3-6), casos particulares.

El instrumento ESDM (3-6) mide los síntomas depresivos a partir de 4 rubros sistematizados; la irritabilidad (1), el rendimiento bajo escolar (2), desinterés por actividades (juego recurrente e interacción) (3), e ideación mórbida (4), sin embargo, se puntúa de forma general, no rubro por rubro.

Se espera que el niño tenga; actitud positiva (5), alto rendimiento escolar (6), juegue y tenga interés por actividad - interacción (7), no presente ideaciones suicidas (8).

A pesar de la generalidad del instrumento, durante las sesiones de intervención se pudo observar qué rubros tuvieron cambios en los niños.

A continuación, se muestran estos cambios:

Niña/o	Características iniciales (ESDM)	Cambios finales Características
Daniela	2,3,4	1,7,8
Paco	1,3,4,6	5,6,7,8
Bella	1,2,3	6,5,7
Eli	1,2,3	6,5,7
Rodrigo	1,3,4,6	5,6,7,8
Lucas	1,2,3	5,2,7

Nota: Resultados del ESDM (3-6), cambios específicos según los rubros que establece la prueba.

Ahora bien, los resultados que se obtuvieron en la prueba PEABODY, son los siguientes:

Figura 16.

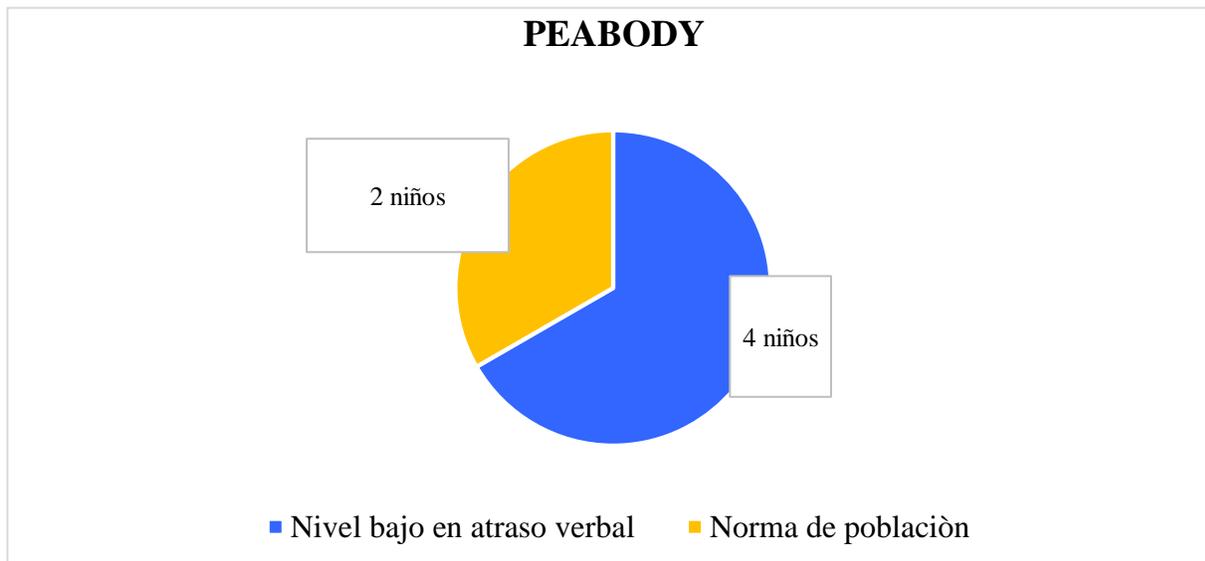


Figura 13. PEABODY- Resultados

En la prueba PEABODY se obtuvieron resultados significativos, como se mencionó en la fase I (diagnóstica) los niños con puntuaciones alarmantes abarcaban desde 6-12 meses de atraso verbal, mientras que en la post- evaluación se obtuvo una mejora en la expresión verbal de 2-4 meses, tomando en cuenta que la prueba evalúa expresión verbal como la habilidad para comunicarse fluidamente, no como evaluación a una condición genética u orgánica, se explica entonces que los niños que presentaban atraso verbal se encontraban rodeados de varias circunstancias como: miedo, tristeza, ambientes poco favorables como situaciones de agresión familiar, que interrumpían una comunicación adecuada entre el niño y su medio.

En la siguiente tabla se observa el avance individual de la expresión verbal:

Niña/o	Resultados de la aplicación inicial (Atraso verbal)	Resultados al finalizar la intervención	Mejora (meses)
Daniela	12 meses	9 meses	3 meses

Paco	8 meses	6 meses	2 meses
Bella	6 meses	3 meses	3 meses
Eli	8 meses	3 meses	4 meses
Rodrigo	6 meses	4 meses	2 meses
Lucas	11 meses	8 meses	3 meses

Nota: resultados de la prueba Peabody, casos individuales.

La prueba PEABODY califica la expresión verbal a partir de ciertas características correspondientes a esta expresión donde participa la adquisición del lenguaje a través de las habilidades comunicativas, es importante tomar en cuenta que esta prueba no es de medición neurológica, sino es un instrumento que te ayuda a conocer las dificultades de lenguaje que tiene un niño en condiciones no apropiadas.

A continuación, se presentan los dibujos del pre-test y post- test del árbol:

Es importante mencionar que el Test del árbol permite visualizar las expresiones que existen entre el Ello (impulsos innatos, agresividad, deseos reprimidos), el Yo (percepción del exterior e interna y procesos intelectuales) y el Súper Yo (exigencias de la moral y la sociedad).

CASO 1- Test del árbol Daniela

En la aplicación del Test del árbol pre/post de intervención, se obtuvieron los siguientes resultados, interpretados bajo el marco referencial del autor que creó el test del árbol (Karl Koch):

En el primer dibujo Daniela representa un árbol con apariencia muerta.

En el tronco como parte consciente se observa la fragilidad emocional y la dificultad para comunicarse.

La copa como parte de la fantasía demuestra sentimientos angustiosos de vacío interior y falta de apoyo.



Figura 14. Pre-test del árbol. Daniela

En el segundo el dibujo representa un árbol con mejor estado de ánimo -colorido, el trazo del tronco manifiesta mejor expresión hacia su medio, sin embargo, todavía le cuesta expresar de forma eficaz sus sentimientos (representado en la copa del árbol).

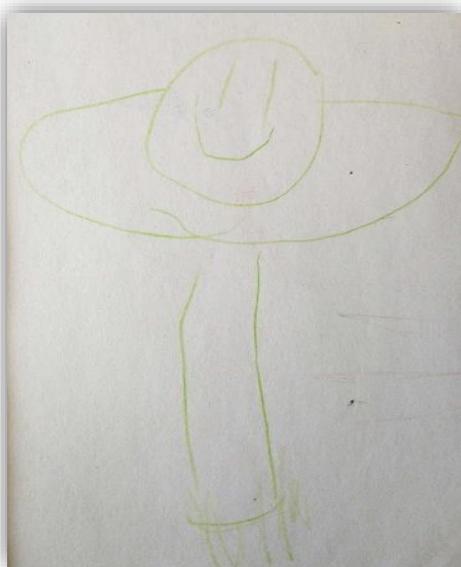


Figura 15. Post-test del árbol. Daniela

Según menciona la maestra, la niña reaccionó de esta forma durante la intervención: pasó de ser completamente callada a ser agresiva (una semana) gritaba y finalmente a pesar de la condición familiar; la niña se mostraba tranquila, comenzaba a jugar, a salir al recreo, actividades que antes no realizaba

Maestra de Daniela: *“realmente estoy sorprendida, Dani ha sido de sorpresa para todas, era una niña tan callada literalmente una niña muerta en vida y cómo no? Si su mamá la agredía mucho y le decía que no la quería enfrente de todos, entonces la niña no hablaba nada, todo el tiempo tenía miedo... un día cuando ya había comenzado este proyecto, tiró sus colores y ahí empecé a ver que estaba reaccionando, no de la forma correcta pero que por lo menos demostraba el enojo... ahorita le cuesta todavía participar, pero ya juega con sus compañeros, ríe y hace bromas”.*

En el instrumento ESDM (3-6) Daniela inicia con las siguientes características de síntomas depresivos y tiene una mejora en los rubros de estado emocional.

A continuación, se muestran estos cambios:

Niña/o	Características iniciales (ESDM)	Cambios finales- Características
Daniela	2,3,4	1,7,8

Cada número es una característica puntuada por el instrumento:

Irritabilidad (1), rendimiento bajo escolar (2), desinterés por actividades (juego recurrente e interacción) (3), e ideación mórbida (4), como elementos negativos.

Mientras que, dentro de las características favorecedoras se encuentran:

Actitud positiva (5), alto rendimiento escolar (6), juego y tenga interés por actividad - interacción (7), no presenta ideaciones suicidas (8).

En la prueba PEABODY (expresión oral) tuvo los siguientes resultados:

Niña	Resultados de la aplicación (Atraso verbal)	de la inicial	Resultados finalizar intervención	al Mejora (meses)
Daniela	12 meses		9 meses	3 meses

El mutismo selectivo que presentaba al inicio de las sesiones disminuyó, la niña ahora tiene mayor apertura de comunicación en el espacio escolar, puesto que durante la intervención no hubo presión alguna para que hablara, sino ella sola se integró a las dinámicas del juego, como propone García Jubete (2017) en invitar poco a poco al niño a relatar el dolor, hasta tener que las respuestas verbales vayan en aumento.

Actualmente, Daniela se encuentra bajo la tutela de la abuela materna.

CASO 2- Test del árbol Paco

En la aplicación del Test del árbol pre/post de intervención, se obtuvieron los siguientes resultados:

En el primer dibujo Paco traza un árbol ensimismado; encerrado entre sí, según la interpretación de la prueba esto significa que el medio en el que ha estado ha sido muy violento, y esto ha provocado que el niño se resguarde denotando una actitud violenta y de rechazo hacia los demás (dibujada en el tronco), además de representar ansiedad y miedo a la muerte (por la situación familiar antes expuesta).

Del lado derecho hay una mancha que según refiere es un “bicho feo negro”, este símbolo representa el sentido del “YO” como persona no aceptaba por el medio.



Figura 16. Pre-test del árbol. Paco

En el segundo dibujo manifiesta la disminución de la agresividad (el follaje) y gracias a ello tiene mejor apertura a las relaciones sociales; sin embargo, es importante destacar que continúa teniendo ansiedad en la búsqueda de una red de apoyo.

El “bicho feo negro” representaba el miedo por las noches y el autoconcepto; en el segundo dibujo transforma ese “bicho” por un ave, denotando la modificación de su “YO” por alguien que puede ser capaz de dar tranquilidad.

Se podría entender que el niño tuvo un estado emocional de mejora, sin embargo, todavía se debe trabajar la expresión afectiva, puesto que a copa del árbol fue dibujada de forma arcada y esto significa que el niño reprime lo que siente.



Figura 17. Post-test del árbol. Paco

Según menciona la maestra, Paco era un niño líder, con cierto grado de agresividad por el trato del padre, sin embargo, era muy participativo, risueño, le gustaba platicar las actividades que realizaba los fines de semana; con la pérdida del padre ya no hablaba con frecuencia, se volvió inseguro, altamente agresivo, se refería a sus compañeros con amenazas, golpes- la mayoría le tenía miedo.

Durante las sesiones se observó que Paco buscaba un lugar seguro para expresarse, su madre a pesar de querer resguardarlo a través de la ficción, hizo que el niño se sintiera confundido de la realidad, la ausencia del padre y sus sentimientos.

Paco al representar a su mamá como una figura débil, buscaba una madre que le diera soporte emocional y protección, por la tristeza que le generaba la situación, sin embargo, su forma de expresar el dolor no era a través de palabras claras, sino mediante la agresión física y en ocasiones verbal.

Al finalizar la intervención, el niño logró mejorar la expresión verbal, se comunicaba con mayor efectividad con sus compañeros, recuperó la confianza, ya no agredía físicamente, sin embargo, en ocasiones tenía cara nostálgica y no quería realizar tareas, según refiere la maestra.

Maestra de Paco: *“la mamá no le ha dicho la verdad, a veces el niño pregunta por el papá y no sabemos qué decirle, ya no es agresivo como antes, habla más... algunos niños lo siguen, otros todavía no le tienen confianza, sobre todo si lo ven desganado... le costaba sonreír, ahora lo veo un poco mejor, pero si necesita más apoyo de su mamá”*.

En el instrumento ESDM (3-6) Paco inicia con las siguientes características de síntomas depresivos y tiene una mejora en los rubros de estado emocional.

A continuación, se muestran estos cambios:

Niño	Características iniciales (ESDM)	Cambios finales- Características
Paco	1,3,4,6	5,6,7,8

Cada número es una característica puntuada por el instrumento:

Irritabilidad (1), rendimiento bajo escolar (2), desinterés por actividades (juego recurrente e interacción) (3), e ideación mórbida (4), como elementos negativos.

Mientras que, dentro de las características favorecedoras se encuentran:

Actitud positiva (5), alto rendimiento escolar (6), juegue y tenga interés por actividad - interacción (7), no presenta ideaciones suicidas (8).

En el PEABODY (expresión oral) obtuvo los siguientes resultados:

Niño	Resultados de la aplicación	Resultados al finalizar	Mejora (meses)

	(Atraso verbal)	intervención	
Paco	8 meses	6 meses	2 meses

El mutismo que presentaba Paco disminuye, tiene mayor efectividad en cuanto a la relación con sus compañeros, todavía se le dificulta controlar el enojo hacia su mamá, por lo tanto, en su casa la mayor parte del tiempo permanece callado, mientras que en la escuela tiene lenguaje fluido.

CASO 3- Test del árbol Bella

En la aplicación del Test del árbol pre/post de intervención, se obtuvieron los siguientes resultados, según la interpretación del autor Karl Korch:

En el primer dibujo Bella traza un árbol con elementos externos que representan un medio hostil, esta condición hace que ella se sienta oprimida y triste, la forma en la que responde ante la agresión verbal es nula, sin embargo, oculta las ganas de herir a quien la lastima (trazo de la copa y las raíces).

También es importante mencionar que, al no tener una red de apoyo, toma una actitud de ambivalencia; ente la autoprotección y la receptibilidad, es decir, la desconfianza le permite estar a la defensiva o a tener apertura con los demás (trazo del pasto).



Figura 18. Pre-test del árbol. Bella

En el segundo dibujo, se podría decir que la niña tiene una mejora en el estado de ánimo, sin embargo, Bella evade su realidad con un mundo que idealiza, un hogar seguro, próspero, que, a pesar de no tener apertura a la escucha y al mundo interior, le baste para mantenerse estable; la niña escapa a un lugar soñado al sentirse violentada.



Figura 19. Post- test del árbol. Bella

Bella es una niña con mucha imaginación, soñadora, con la necesidad de crecer, pero su entorno se lo impide; durante las intervenciones ella participaba y cuando se le preguntaba algo con respecto a su familia pedía que alguien más pasara evadiendo lo que sentía, ella manifestaba la ausencia de sus padres con inconformidad, protestando por todo, a cada actividad le veía un pero, hasta que se le contaron los cuentos con respecto al afecto y el control de las emociones comenzó a haber un cambio en ella.

La maestra de Bella refiere que la niña tenía dificultad para expresarse de forma positiva, ante todo; algunos de sus compañeros le decían “amargada”, sin embargo, en las últimas sesiones la niña se mostraba afectiva, se dirigía a sus compañeros amablemente, en ocasiones llegaba a las sesiones contando historias de animales que encontraba en su camino con énfasis optimista.

La maestra de Bella: *“la niña nada afectiva, su niñera se encargaba de ponerle monitos de colores es lo único que le gustaba usar, después los papás comenzaron a viajar y no se la llevaban, eso desató coraje en la niña, se volvió negativa en gran manera, parecía el gato negro de la mala suerte, estaba triste, irritante, hablaba aunque no con mucha frecuencia... ahora platica, le gusta colorear y cantar (hay una canción que le enseñó de respiro muy despacio algo así, creo que la mayoría se la sabe ya), y cuando se siente enojada comienza a cantarla...ahora hasta a mí me muestra afecto, respetuosa y viene bien olorosa con colores en el cabello... aunque su única ayuda es su niñera”*.

En instrumento ESDM (3-6) Bella inicia con las siguientes características de síntomas depresivos y tiene una mejora en los rubros de estado emocional.

A continuación, se muestran estos cambios:

Niña	Resultados de la aplicación inicial (ESDM)	Resultados al finalizar la intervención
Bella	31	23

Cada número es una característica puntuada por el instrumento:

Irritabilidad (1), rendimiento bajo escolar (2), desinterés por actividades (juego recurrente e interacción) (3), e ideación mórbida (4), como elementos negativos.

Mientras que, dentro de las características favorecedoras se encuentran:

Actitud positiva (5), alto rendimiento escolar (6), juegue y tenga interés por actividad - interacción (7), no presenta ideaciones suicidas (8).

En el instrumento PEABODY (expresión oral) obtuvo los siguientes resultados:

Niña	Resultados de la aplicación inicial (Atraso verbal)	Resultados al finalizar la intervención	Mejora (meses)
Bella	6 meses	3 meses	3 meses

Bella presentaba disfemia, sin embargo, a mitad de sesiones su desenvolvimiento oral tuvo cambios positivos, sus movimientos fonoarticuladores trabajaron en mejora y el mensaje o la relatoría de sus experiencias eran más claras al finalizar la intervención, por tanto, la convivencia con sus compañeros se hizo amena.

CASO 4- Test del árbol Eli

En la aplicación del Test del árbol pre/post de intervención, se obtuvieron los siguientes resultados, según la interpretación del autor Karl Korch (1962):

En el primer dibujo Eli está situada en la parte derecha de la hoja, y su madre en el lado izquierdo, allí la niña representa la fragilidad emocional por parte de la madre, nostalgia al no contar con ella y la separación de la misma.

Ambos árboles tienen un aspecto triste, escasa comunicación, mantienen un filtro de expresión por el empeño a causar buena impresión.



Figura20. Pre- test del árbol. Eli

En el segundo dibujo, aparece la madre y la niña, sin embargo, Eli mejora su estado de ánimo, tiene un poco de acercamiento con la figura materna, aunque todavía la relación es conflictiva, con desconfianza.

El trazo del tronco está acentuado, interpretando que la niña es capaz de resistir a las presiones ambientales ante las frustraciones que estas le ocasionan.

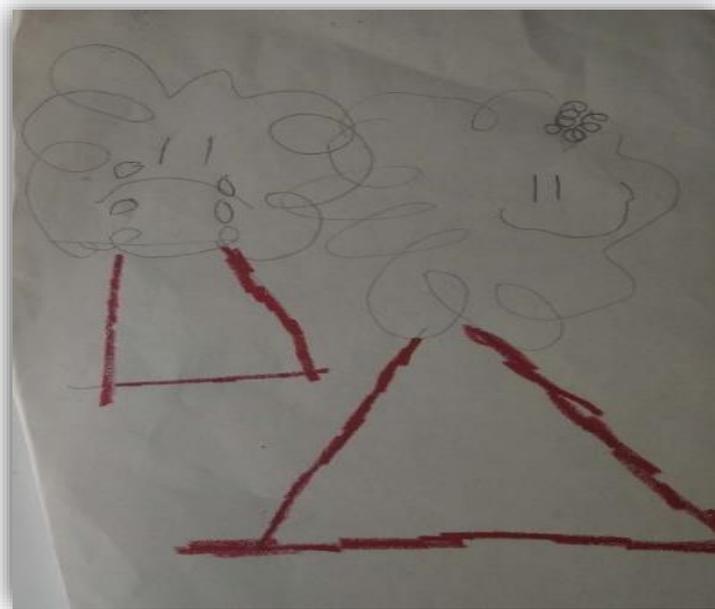


Figura 21. Post- test del árbol. Eli

La maestra de Eli: *“Eli dio un cambio, desde que entró a la estancia había sido una niña muy temerosa, demandaba cariño, muy nostálgica la nena, como que integrarse en un grupito con el mismo sentir que ella hizo que se sintiera segura, ahora juega, se muestra feliz, abraza a sus compañeros y acepta el abrazo... los papás la tratan mejor, hasta se turnan para venirla a buscar, se involucran en las tareas...”*

En instrumento ESDM (3-6) Eli inicia con las siguientes características de síntomas depresivos y tiene una mejora en los rubros de estado emocional.

A continuación, se muestran estos cambios:

Niña	Resultados de la aplicación (ESDM)	Resultados al finalizar la intervención inicial
Eli	34	24

Cada número es una característica puntuada por el instrumento:

Irritabilidad (1), rendimiento bajo escolar (2), desinterés por actividades (juego recurrente e interacción) (3), e ideación mórbida (4), como elementos negativos.

Mientras que, dentro de las características favorecedoras se encuentran:

Actitud positiva (5), alto rendimiento escolar (6), juegue y tenga interés por actividad - interacción (7), no presenta ideaciones suicidas (8).

En el instrumento PEABODY (expresión oral) obtuvo los siguientes resultados:

Niña	Resultados de la aplicación (Atraso verbal)	Resultados de la inicial finalizar intervención	al Mejora (meses) la
Eli	8 meses	3 meses	4 meses

Eli presentaba disfemia; al inicio de las sesiones quería hablar rápido, desesperadamente, sudaba, el tartamudeo era continuo y buscaba aprobación de su propio mensaje jaloneando la vestimenta de la interventora y gritando, conforme se fueron dando las actividades sobre juegos simbólicos Eli logra articular las palabras y el mensaje para contar su propia historia, disminuyendo la ansiedad hacia el perfeccionismo que le crearon sus padres.

CASO 5- Test del árbol Rodrigo

En la aplicación del Test del árbol pre/post de intervención, se obtuvieron los siguientes resultados, según la interpretación del autor Karl Korch:

En el primer dibujo Rodrigo representa agresividad, tiene necesidad de autoprotección, es impulsivo con su medio (copa del árbol) y espera que este sea comprensivo con él a pesar de su

actitud, también, representa vacío emocional y síntomas depresivos claros (en el hueco que está en el tronco del árbol) por la ausencia de la figura paterna.

Se muestra inconforme con su medio, siente nostalgia y tristeza (apariciencia del follaje).



Figura 22. Pre-test del árbol. Rodrigo

En el segundo dibujo muestra un estado emocional más estable, disminuye la agresividad (se muestra en la copa del árbol), su tronco muestra que el niño continúa siendo impulsivo, sin embargo, trata de sobrellevarlo.



Figura 23. Post-test del árbol. Rodrigo

La maestra de Rodrigo: *“Rodri ahora es un niño pícaro, modificó ese impulso que se cargaba por agredir, ahora habla tranquilamente, pide disculpas si lastima a alguien porque a veces se le pasa la mano en los juegos, pasó de ser agresivo e irritable a ser respetuoso y afectivo, él siempre hablaba pero no de forma correcta... sí, es decir, con groserías, faltando al respeto y por eso tenía pocos amigos, era escasamente afectivo, tuvo cambios muy buenos, aunque en ocasiones se ponía a llorar porque extrañaba a su papá y como aquí vemos temas de familia, sus compañeros lo abrazaban y se tranquilizaba... la diferencia de Rodrigo y los demás niños es que él si cuenta con el apoyo directo de la mamá”*.

En instrumento ESDM (3-6) Rodrigo inicia con las siguientes características de síntomas depresivos y tiene una mejora en los rubros de estado emocional.

A continuación, se muestran estos cambios:

Niño	Resultados de la aplicación inicial (ESDM)	Resultados al finalizar la intervención
Rodrigo	37	28

Cada número es una característica puntuada por el instrumento:

Irritabilidad (1), rendimiento bajo escolar (2), desinterés por actividades (juego recurrente e interacción) (3), e ideación mórbida (4), como elementos negativos.

Mientras que, dentro de las características favorecedoras se encuentran:

Actitud positiva (5), alto rendimiento escolar (6), juegue y tenga interés por actividad - interacción (7), no presenta ideaciones suicidas (8).

En el instrumento PEABODY (expresión oral) obtuvo los siguientes resultados:

Niño	Resultados de la aplicación (Atraso verbal)	de la inicial	Resultados finalizar intervención	al Mejora (meses)
Rodrigo	6 meses		4 meses	2 meses

Rodrigo presentaba mutismo selectivo, a comparación de los otros casos, Rodrigo no verbalizaba durante el horario escolar, él era un niño con alta agresividad que manifestaba su dolor de forma oral con su mamá y con la interventora, no consideraba seguro el aula escolar, sin embargo, la tensión emocional fue disminuyendo y comenzó a hablar con sus compañeros, primero de forma agresiva, después pasó a una nueva etapa de afectividad, era amable, un poco tolerable, y poco a poco se fue integrando al grupo.

CASO 6- Test del árbol Lucas

En la aplicación del Test del árbol pre/post de intervención, se obtuvieron los siguientes resultados, según la interpretación del autor Karl Korch:

En el primer dibujo, Lucas representa un carácter débil ante un mundo exterior hostil puesto que expresa el miedo a las relaciones interpersonales (nótese en el trazo del tronco) también, su actitud es nostálgica y esto interrumpe en la comunicación al no sentirse seguro para establecer lazos afectivos.

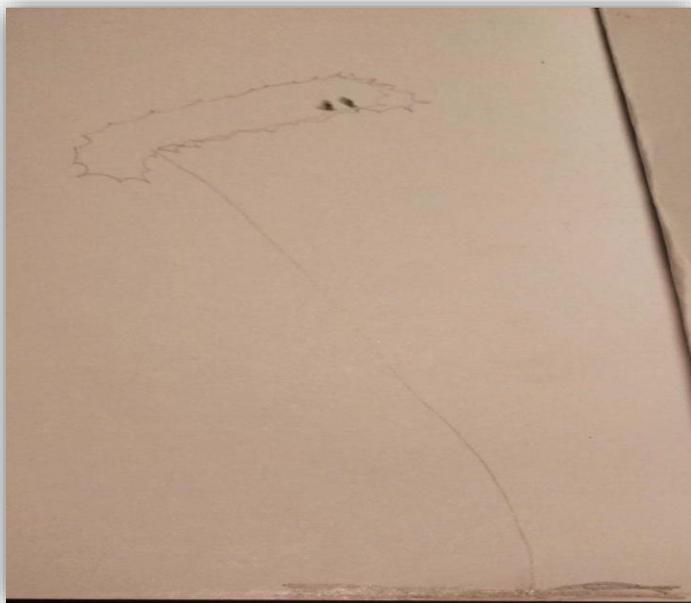


Figura 24. Pre-test del árbol. Lucas

En el segundo dibujo, muestra mayor autocontrol de sus emociones (trazo del tronco) su estabilidad en cuanto emociones negativas se estabiliza, se ve una mejora en el estado de ánimo, sin embargo, todavía hay cierta agresividad internalizada (copa).

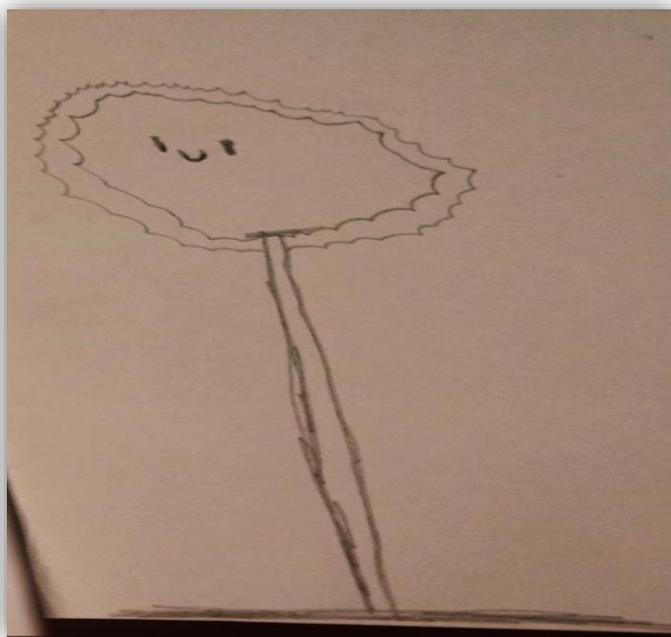


Figura 25. Post- test del árbol. Lucas

La maestra de Lucas: “... el niño tuvo cambios, por ejemplo; ya platica más, cuenta unas historias de animales que eran tristes pero que ahora ya no, es un poco afectivo (es algo que le cuesta, la verdad), pero por lo menos ya habla, tiene algunos amigos y juega... el niño ha sabido rescatarse solito”.

En instrumento ESDM (3-6) Lucas inicia con las siguientes características de síntomas depresivos y tiene una mejora en los rubros de estado emocional.

A continuación, se muestran estos cambios:

Niño	Características iniciales (ESDM)	Cambios finales- Características
Lucas	1,2,3	5,2,7

Cada número es una característica puntuada por el instrumento:

Irritabilidad (1), rendimiento bajo escolar (2), desinterés por actividades (juego recurrente e interacción) (3), e ideación mórbida (4), como elementos negativos.

Mientras que, dentro de las características favorecedoras se encuentran:

Actitud positiva (5), alto rendimiento escolar (6), juegue y tenga interés por actividad - interacción (7), no presenta ideaciones suicidas (8).

En el instrumento PEABODY (expresión oral) obtuvo los siguientes resultados:

Niño	Resultados de la aplicación (Atraso verbal)	Resultados de la inicial finalizar intervención	al Mejora (meses) la
Lucas	11 meses	8 meses	3 meses

Lucas presentaba mutismo selectivo, un niño muy tímido, inseguro, sus compañeros no interactuaban con él, en las primeras sesiones se mostraba temeroso y tenía una comunicación no verbal (señalizaciones), pero al colocarlo como líder del juego comenzó a desenvolverse, disminuyó el miedo, en ocasiones gritaba para dar las instrucciones, al finalizar la intervención logra adaptarse al medio escolar, su expresión era clara, sin embargo, sus padres no tenían certeza de este cambio, por la poca expresión verbal en casa.

El test del árbol es una proyección gráfica donde el sujeto puede expresar las dificultades que pasa con su medio, la autopercepción de sí mismo, y las redes de apoyo que se manifiestan a través de la inconsciencia de la personalidad.

El desarrollo de dicho test fue el legado de Jucker relatado por Yanez Ochoa (2017) como consejero vocacional, después le siguió Thurner un psicólogo suizo, y luego se unió Vetter un grafólogo, sin embargo, el que hizo las adecuaciones del instrumento fue Karl Koch quien relacionó los rasgos de la escritura de una persona con el tipo de trazo, la zona y ubicación de dicho dibujo.

El dibujo de un árbol es lo más elemental que una persona puede hacer, la interpretación de las partes del árbol se explica como:

1. Tronco: representa la fortaleza yoica, la afirmación de la realidad y la resistencia ante las presiones del medio, el control del impulso y sus emociones; aquí se establece el “YO”.
2. Copa y ramas: representa la alteración o conflicto ante presiones ambientales y también, la importancia de las relaciones interpersonales en la vida de la persona; aquí se establece el “Súper Yo”.
3. Raíces: simboliza los instintos y aspectos ocultos de la persona; aquí se establece el “Ello”.

Capítulo 5 Discusión y conclusión

A partir de los hallazgos encontrados se acepta el supuesto de la investigación desde una postura empírica, donde establece que los niños que presentan síntomas depresivos tienen bajos niveles en las competencias de lenguaje y comunicación, y también que, a través de la terapia narrativa las competencias aumentan y los síntomas depresivos disminuyen.

Estos resultados tienen relación con las investigaciones sobre terapia narrativa y el lenguaje que ha venido estudiando Zlachevsky (2014) el cual considera que la palabra en el ambiente es una tendencia del lenguaje verbal siempre y cuando haya un lugar seguro y de libertad, y que, los niños con dificultades en estas áreas viven arraigados al dolor, a la desesperación y a la tristeza por la acumulación de emociones y el desconocer de la externalización.

White y Epston (1990) afirman que, a través de la terapia narrativa se busca unificar el aspecto lingüístico representativo a lo lingüístico verbal, donde la problemática no precisamente se deriva por factores orgánicos o de retraso (en este caso) sino por la falta de un lugar seguro donde el niño pueda salvaguardar sus sentimientos y sus aflicciones; gracias a las técnicas del juego narrativo el dolor se manifiesta, puesto que el objetivo de entrar en el mundo del niño es que él mismo entienda el sentido de sus emociones a través de un diálogo diferente y de actividades direccionadas creativas- lúdicas y objetales (juguetes), como prueba activa de la representación situacional actual.

Cuando se habla del aspecto lingüístico se toma partida de las competencias básicas que establece la Secretaría de Educación Pública (SEP) en sus marcos referenciales del aprendizaje a nivel preescolar y las habilidades a desarrollar en este ámbito educativo.

Si bien, dentro de los programas educativos se hacen evidentes los parámetros metódicos que participan en la evaluación de los niños dentro del aula; parámetros que se centran en aciertos en cuanto a la cantidad de palabras- pero no en el sentido de esa palabra ni la intención de la misma; teniendo entonces a niños dentro de los espacios institucionales carentes de la expresión verbal y ajenos a sus emociones, demostrado en dicha investigación.

Los niños participantes en el proyecto no presentaban situaciones neurológicas que pudiesen impedir el desarrollar el lenguaje oral, eran niños con salud adecuada- orgánicamente estables, sin embargo, se encontraban en espacios socio-familiares vulnerables que aumentaban la inexpresividad facial- la desarticulación organizada de su lenguaje y en el caso particularmente crítico de una participante, lenguaje con niveles de expresión casi nulos.

Además de estas afecciones, se observó que la escuela tampoco contaba con espacios adecuados en cuanto a la apertura de la comunicación afectiva, a nivel análisis; el niño con problemáticas llegaba a la institución triste- desolado en búsqueda de apoyo (indirectamente) sin respuesta aparente, esto pudiese interpretarse que las instituciones han delimitado tanto en crear seres humanos “altamente capacitados” para competir a niveles de mayor complejidad, pero con poca resistencia anímica.

Como dato relevante se debe mencionar que, posterior a la intervención se hicieron sugerencias que fueron tomadas en cuenta por las autoridades pertinentes para dar en marcha la incorporación de especialistas dedicados a la salud mental y así contrarrestar conductas agresivas que originan ambientes inestables- frívolos y que, son incapaces de dar alternativas ante el estado emocional de cualquier niño.

Las investigaciones previas muestran que las competencias básicas a niveles primarios son interrumpidas por un sinnúmero de experiencias negativas que encubren el verdadero aprendizaje con emociones mal gestionadas, como lo menciona Solloa (2001) quien considera que los síntomas

depresivos afectan la comunicación, las interacciones cognitivas y las relaciones interpersonales, tomando en cuenta que estas áreas son las principales habilidades dentro del nivel competitivo del lenguaje y la comunicación que remarca la SEP.

Los niños con los que se trabajó estaban en un marco de edad de 4-5 años, una etapa infantil que se constituye con el asombro; el niño explora un mundo nuevo, usando la creatividad, a través de cuentos, metáfora e imaginación.

La metáfora y la personificación fueron elementos claves para la intervención, el trabajo de la metáfora fue mediar el problema externo, como filtro terapéutico para llegar al auge de la emoción negativa, y no evidenciando directamente la historia de vida del niño.

Precisamente Boxón, Ruiz, Benito, Lucena, Rubio y Vega (2006) como expertos en la terapia narrativa y el uso de la metáfora afirman que la conciencia del problema y el dolor disminuyen con la simbolización de un personaje “ajeno” al paciente, y afirman que esta técnica además de proporcionar una cura en cuanto la expresión verbal, también disminuye problemas patológicos en los niños y adolescentes.

Dentro de las sesiones también se tomó en cuenta la técnica del juego simbólico, la fantasía y la deconstrucción del discurso desarrollaba niños libres con mejor apariencia emocional, mayor desenvolvimiento oral y empatía; en específico cuando se narraban historias con personajes ficticios, como bien lo menciona Freeman, Epston y Lobovits (2001) quienes estaban interesados en el discurso del niño y el avance curativo para configurar realidades nuevas a través de un lenguaje nuevo haciendo al niño capaz de compartir- interactuar sus sentimientos, y mejorar la convivencia con los demás.

Lyons- Ruth (1999) advierte que los conocimientos implícitos que rigen las interacciones no se basan en el lenguaje instantáneo- riguroso y sistematizado, sino en el manejo de testimonio

que cada niño tenga, sin necesidad a la presión, puesto que cada niño presenta un círculo familiar diferente, y el impacto del evento traumático solamente depende de la percepción propia.

Durante el proceso narrativo se debe tomar en cuenta que existen “recaídas” en los avances, como sucedió con una niña en particular, esto no quiere decir que la funcionalidad de la terapia sea inadecuada, sino más bien se debe que la alternativa recién reconocida por el mismo infante está en proceso de readaptación, enfatizando que la misma terapia necesita un trabajo riguroso y con una red de apoyo sólida (Montesano, 2012).

Se observó que la intervención con juegos narrativos de forma grupal es más factible que una intervención individual (dependiendo al caso); ya que los niños que presencian situaciones desastrosas particularmente tienden a aumentar la ansiedad y si se le suma el desarraigo de los padres pueden encontrarse en un cuadro emocional de terror, por ello Moustaka (1974) expresa la falta de este acompañamiento como “ el terror a la soledad, no la soledad en sí, sino la ansiedad que esta producen el temor a quedarse solo, a ser excluido, lo que representa una crisis dominante en la batalla por convertirse en permiso” (p.16).

Al hacer intervenciones narrativas grupales se incrementan las posibilidades de solución, el niño desarrolla mayor confianza en sí mismo y mejora la empatía con sus pares, como lo concluye Brabender, Smolar y Fallon (2004) donde la convivencia propia y del otro reelabora el significado de la problemática y ayuda a la solución compartida.

Ahora bien, explicando desde los casos particulares, Daniela (una niña que presentaba rechazo pre- peri natal) mostraba mejor acoplamiento cuando se contaban las historias de sus compañeros a través de títeres- la maestra había comentado que era una niña con mucho miedo, con dificultad para explicar claramente su necesidad- y que durante la intervención la niña tuvo gran turbulencia en sus estados de ánimo, es decir, transitó de estar callada y triste -a muy agresiva, a finales de la intervención logró mejorar su pronóstico, sin embargo, se encontraba en la búsqueda

de una mejor red de apoyo para ella y probablemente esa nueva adaptación repercutiría a nivel emocional.

Sáenz Jiménez & Trujano Ruiz (2015) estudiosos de la terapia de grupo y la narrativa establecen que la percepción compartida descarga emociones negativas con mayor facilidad, una experiencia personal de nivel traumático es superada gracias a la escucha, la tranquilidad y la confianza e interés que tienen los demás hacia otros.

Por otro lado, el caso del niño que presencié el asesinato de su padre, era un niño que necesitaba ser resguardado emocionalmente, la interacción con sus compañeros le permitió tener empatía y sus conductas hostiles disminuyeron de gran forma; al darse cuenta que el asunto vivencial actual por el que estaba pasando era importante para su entorno y todos estaban dispuestos a brindarle apoyo.

Apalabrar el sufrimiento oralmente es un proceso complejo, muchos niños desconocen el origen de su estado emocional y los niños que logran hacer consciente estas emociones no comprenden qué hacer con ellas.

La terapia narrativa en grupo beneficia a la expresión individual haciéndole ver al niño que muchas otras personas externas a su círculo familiar presentan las mismas situaciones que él y que se encuentra acompañado.

Según Brunner (1986) las experiencias que pasa un niño son primordiales, pero no se cuentan por falta de recursos terapéuticos, narrativos o porque simplemente el niño carece de lugares óptimos para expresar.

El juego es una actividad natural indispensable en el desarrollo infantil, jugar es la forma más nítida para comprender situaciones emocionales y vivencias dolorosas donde las palabras no encuentran su salida de expresión.

A través del juego, el niño se encuentra en la búsqueda de un lugar seguro, donde puede sentirse pleno y feliz, Vygotsky (1979) explica el juego como la necesidad de duplicar- representar la vivencia personal, donde la sociedad se involucra indirectamente al niño.

Sin embargo, este lugar seguro lo carecen muchos niños y durante la intervención se pudo notar; el espacio seguro viene a ser parte de un factor ambiental, en el caso de los niños con los que se trabajó estaban envueltos en vivencias familiares dañinas, traumas psicológicos severos, y su red de apoyo no estaba fungiendo el papel que le correspondía, minimizando el efecto emocional.

Spitz (2001) cree que los niños se vinculan afectivamente con padres que satisfacen sus primeras necesidades y dentro de ellas se encuentra la seguridad que fortalece la afiliación saludable y disminuye las posibilidades de efectos negativos.

Esto también tiene que ver con los estilos de apego que establece Bowlby (1986) donde considera que los seres humanos se vinculan afectivamente con otros como un intento a sobrellevar el dolor, al no sentir esta protección surge como consecuencia la depresión.

Scheafer (2012) coloca la narrativa en un marco familiar- sistémico, donde estima que los padres son los precursores del cambio, y sí, los padres fungen un papel esencial como sistema primario- protector, sin embargo, se tendría que considerar que los niños participantes en dicho proyecto carecen de este sistema, padres ausentes afectivamente, que no les interesa involucrarse en la dinámica con sus hijos, donde solo son portadores del sustento alimenticio pero no de un soporte afectivo y por ello es importante trabajar con los elementos que sí están presentes para ir nutriendo la seguridad del niño.

White y Epston (1990) establecen su teoría desde un marco referencial sistémico, obstante a ello, el proyecto actual no concuerda con algunas especificaciones de ese marco, debido que el hecho de tener padres presentes en las dinámicas familiares no siempre garantiza el bienestar integral de los infantes, se espera que la mejor red de apoyo provenga de los padres, en cambio,

aun cuando las figuras de autoridad se encuentran ausentes, los niños presentan cambios significativos tanto verbal como emocionalmente, redireccionándolos hacia redes de apoyo que no solamente funjan un rol social-familiar, sino donde se establezcan espacios de trato digno y afectivo.

Por otra parte, las redes de apoyo alternas son poco reconocidas por las instituciones educativas y se tendría que hacer propuestas de cuidado en caso de que los padres no estén dispuestos a involucrarse emocionalmente; se observó la incidencia de mutismo selectivo y la disfemia en dicha institución mediante la ansiedad que presenciaba el niño al llamarle la profesora a cargo y al enterarse que sus padres iban por ellos a la hora de salida, (Frecuentes, 2004) estipula que los padres son quienes deben propiciar la confianza, es de ellos la responsabilidad de conocer las necesidades de sus hijos, creyendo entonces que, el niño que tiene el apoyo de sus padres en casa tendrá mayor emancipación para contar lo sucedido- el trato de sus profesoras en el aula y la experiencia con sus compañeros de clase.

En lo que respecta la competencia del lenguaje; es un mundo de expansión donde los niños incrementan significados, palabras y potencian la curiosidad del habla, así es como se comienzan a desarrollar las destrezas comunicativas en la comprensión del sentido lingüístico, pero esta curiosidad disminuye a causa de la indiferencia, un niño que es indiferente, apático a la actividad innata que es el juego, es un niño que no interactúa con los demás y su grado de comunicación no logra avanzar a lo esperado.

Por lo mismo dentro de los resultados se demuestran estas dualidades entre la depresión y la expresión verbal- comunicativa, primero que nada, hay una relación entre sí, pero también hay disyuntivas que se deben aclarar, puesto que, de los 6 niños, 5 logran tener avances en la expresión y mejora en los síntomas negativos, pero 1 no logra alcanzar una interacción adecuada (el caso del

niño que presencia la muerte de su padre y le omiten la verdad de los hechos) este se mantiene en el enojo y muy violento con su medio.

Dejando en claro que el cambio radica en una red de apoyo sólida y no omitiendo los problemas de casa subestimando la capacidad de entendimiento en el niño.

A pesar de haber cambios significativos dentro de la intervención, a continuación, se muestra el lado carente de la misma.

1. La cantidad de sesiones demuestran que es una terapia breve y el proceso terapéutico con los niños indica que deberían ser más sesiones, por la problemática familiar que atraviesa cada uno en su hogar.

2. La participación de los papás fue nula por elección de ellos; una actitud de desgano y desinterés, y aunque se logran avances en cada niño, muchos de ellos no tienen una red de apoyo estable, no existen personas dentro o fuera de la familia que quieran asumir la responsabilidad de dar el acompañamiento, como lo afirma White, Oswald, Ollendick y Scahill (2009) la inhibición del lenguaje puede presentarse por algún trauma psicosocial; la falta de seguridad de un niño por parte de sus cuidadores reduce la libertad del habla, aun así se logra la expresión verbal dentro de los espacios escolares, pero en el entorno familiar continúa la inhibición del lenguaje o el tartamudeo por la falta de seguridad en el espacio.

3. El rechazo paternal tiene una afección diferente a una situación de asesinato o suicidio frente al niño; cada situación se percibe de forma diferente dependiendo al impacto en el niño y esto debe ser tratado bajo un proceso terapéutico exhaustivo.

Por todo lo mencionado, se llega a la siguiente conclusión, el juego además de propiciar un ambiente dinámico y divertido, es una herramienta terapéutica que ayuda a transformar realidades dolorosas, iniciando en el silencio y finalizando en la expresión verbal como puerta alternativa al

conflicto presente y, por ende, ayuda a la competencia de lenguaje y comunicación a desarrollarse de forma óptima.

La investigación muestra la importancia de tomar en cuenta los estados emocionales de un niño y las afecciones que este tiene frente a una vivencia traumática, anulando los mitos que se tienen con respecto a la depresión infantil y la subestimación hacia el dolor, agregando como una opción libre el manejar un tratamiento de intervención para reducir este dolor a través del proceso discursivo externalizante que le permita narrar su historia y simbolizar (como primer paso) la problemática.

También, se hace la invitación a especialistas de la salud mental, sectores educativos básicos a ocupar esta alternativa clínica- educativa para que haya mayor bienestar en la población infantil, capacitando a los profesores y a todos los que tengan alcances con niños para que las competencias esperadas a nivel preescolar logren su objetivo de transmitir, expresar e interactuar entre pares, pero también impulsando niños capaces de encontrarle el significado a sus palabras de forma clara y consistente.

La terapia narrativa además de subsanar estados negativos, disminuye la inhibición de la expresión verbal y maximiza la posibilidad de tener niños con mejor capacidad lingüística; niños interesados en su medio, niños narradores de sus propias historias a través del razonamiento y por supuesto, niños establemente emocionales, retomando que, la importancia de estas competencias de lenguaje- comunicación no solamente trata de impulsar el vocabulario extenso y complejo, sino también se tiene el interés del buen funcionamiento oral y de interpretación de las propias emociones- el sentido de las emociones, a través de un diálogo entre pares y la empatía que se genera en estas interacciones, visualizando niños establemente activos tanto en el aula como el aspecto social (SEP,2011).

A consecuencia de lo antes dicho se hacen las siguientes recomendaciones:

1. Capacitar a las maestras de los niveles básicos en actividades basadas en la terapia narrativa puesto que conlleva a la interacción simbólica entre pares y sería una alternativa de contención si llegase a presentarse una crisis u otra circunstancia, además ayudaría a propiciar un ambiente lúdico y de expresión.

2. Requisito indispensable que las profesoras se encuentren en constante tratamiento psicológico para que puedan ayudar en la salud mental del niño de forma eficaz.

3. Invitar a los padres a involucrarse en la dinámica educativa como parte del reglamento institucional.

También, se dejan puertas de oportunidad para continuar profundizando en esta línea de trabajo con fundamento en las funciones parentales, el soporte afectivo y la participación activa de los vínculos primarios en la vida de los infantes, tomando en cuenta el contexto educativo y las posibles nuevas estrategias que este pudiese desarrollar para involucrar el área emocional flexiblemente en sus áreas de trabajo.

Como último punto es necesario dar a conocer las debilidades metodológicas de dicha investigación para que se tomen en cuenta a futuro; en el asentimiento informado las evidencias forman parte de la credibilidad del discurso de los niños participantes y tendría que precisarse al momento de comenzar la intervención.

Por otro lado, se tendría que indagar a fondo la responsabilidad de los padres de familia quienes forman parte de la educación y la estabilidad emocional, además de ser agentes activos en el seguimiento para la mejora; también es fundamental que se creen proyectos de mayor durabilidad en casos de vida tan complejos como los que se presentaron.

En materia de elementos técnicos, no se destaca la representatividad de la muestra con tal solo 6 niños, sin embargo, como es una investigación cualitativa se hace pertinente trabajarlos por casos.

Referencias bibliográficas

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological review*, 96(2), 358.
- Adrianzén, C. (1998). Depresión en niños y adolescentes. *Diagnóstico*, 37(5), 1998-99.
- Affleck, G., & Tennen, H. (1997). Social comparison as a coping process: A critical review and application to chronic pain disorders. *Health, coping, and well-being: Perspectives from social comparison theory*, 263-298.
- Aguado, H., Silberman, R., & Manrique, E. (2005). Lineamientos para la Evaluación y Conceptualización Cognitivo-Conductual de la Depresión. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 6, 63-64.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., & Waters, E. (1978). wall, S.(1978) *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates.
- Álvarez, A., Álvarez-Monteserín, M., Cañas, A., Jiménez, S. & Petit, M. (1990). *Desarrollo de las habilidades sociales en niños de 3-6 años. Guía práctica para padres y profesores*. Madrid: Aprendizaje Visor.
- Allan, J. (1988). *Inscapes of the child's world*. Dallas, TX: Spring Publications.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. *Therapy as social construction*, 25-39.
- Arieti, S. (1990). Psicodinámica de la depresión profunda. En: Arieti, S. y Bemporad, J. *Psicoterapia de la depresión*. México: Paidós.
- Autista, A., & Metropolitana, L. (2017). Artículo de Investigación. *Revista Digital EOS Perú*. Vol, 10(2), 03-19.

- Axline, V. M. (1947). *Play therapy*. New York, NY: Ballantine Books.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barros Tapia, N. R. (2013). *Prevalencia de trastornos afectivos y factores asociados en escolares de Cuenca 2011 (Master's thesis)*.
- Bateson, G. (1972). *Steps towards an ecology of mind*. New York, NY: Ballantine Books.
- Beck, A. T. (1974). *The development of depression: A cognitive model*.
- Bell-Dollan, D.J. (1995). Social cue interpretation of anxious children. *Journal of Clinical Child Psychology*24: 2-10.
- Betina Lacunza, A., & Contini de González, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en humanidades*, 12(23).
- Beltrán Puentes, I. T., & Villa García, V. (2017). *El lenguaje en la terapia narrativa*.
- Belloch, A., Sandín, B & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Bostic, J. Q., Shadid, L. G., & Blotcky, M. J. (1996). Our time is up: Forced terminations during psychotherapy training. *American Journal of Psychotherapy*, 50(3), 347-359.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American psychologist*, 36(2), 129.
- Bowlby, J. (1995). *Teoría del apego*. Lebovici, Weil-HalpernF.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida [The making and breaking of affectional bonds]*. Madrid: Morata.(Original work published 1979).
- Bloom, B. S. (1980). *The state of research on selected alterable variables in education*. Chicago: Department of Education, University of Chicago.
- Block, J. J. (2008). *Issues for DSM-V: Internet addiction*.

- Brabendener, V., Smolar, A. y Fallon, A. (2004). *Essentials of group therapy*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Brooks, P. (1992). *Reading for the plot: Design and intention in narrative*. Harvard University Press.
- Bruner, E. (1986). Experience and its expressions. En V. Turner y E. Bruner (comps.), *The anthropology of experience*. Chicago: University of Illinois Press.
- Bruner, J. (2010). *What psychology should study*.
- Buela-Casal, G., Carretero-Dios, H., & DE LOS SANTOS-ROIG, M. (2001). Relación entre la depresión infantil y el estilo de respuesta reflexivo-impulsivo. *Salud Mental*, 24(3), 17-23.
- Bühler, K. (1950). *Teoría del lenguaje*. Revista de occidente.
- Burgos, D. (2014). La narrativa como recurso terapéutico en el desarrollo de estilo de afrontamientos en niños hospitalizados con diagnóstico de cáncer.
- Campbell, D.T. (1988). *Methodology and epistemology for social science: Selected papers*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Campo-Arias, A., Díaz-Martínez, L. A., Rueda-Jaimes, G. E., & Barros-Bermúdez, J. A. (2005). Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 34(1).
- Campo, A., González, S., Sánchez, Z., Rodríguez, D., Dallos, D. & Díaz, L. (2005). Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia. *Archivos de pediatría del Uruguay*. 76. 21-26.
- Carlson, G. A., & Abbot, S. F. (1995). *Trastornos do humor e suicidio*. Kaplan y Sadock, Tratado de Psiquiatría, 6ª edición. Editorial Artes Médicas, Porto Alegre, Brasil.
- Chadwick, C. (1979). Teorías del aprendizaje y su implicancia en el trabajo en el aula. *Revista de Educación*, 70, 22–26.

- Chomsky, N., Belletti, A., & Rizzi, L. (2003). *Sobre la naturaleza y el lenguaje*. Ediciones AKAL.
- Cicchetti, D. & Schneider- Rosen (Eds). (1984). *Childhood depression*. S. Francisco: Jossey- Bass.
- Carlson, G. A., & Kashani, J. H. (1988). Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. *The American Journal of Psychiatry*, 145(10), 1222.
- Cunningham, C. E., McHolm, A. E., Boyle, M. H., & Patel, S. (2004). Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance and social relationships in children with selective mutism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8), 1363-1372.
- Dankhe, G. (1986). *Investigación y comunicación*. Madrid. McGraw Hill.
- De Ajuriaguerra, J., & López-Zea, A. (1977). *Manual de psiquiatría infantil*. Toray-Masson.
- Del Barrio, V., Roa, ML., Olmedo, M., Colodron, F. (2002). Primera adaptación del CDI a la población española. *Acción Psicológica*, 3,263-272.
- Del Castillo Pérez, M., & de CEDOWN, L. (2009). El juego simbólico como estimulador del lenguaje en niños con síndrome de Down. *Revista Afim: Ayuda, Formación e Integración del Minusválido*, 102, 20-25.
- Domènech Llaberia, E., Araneda, N., Xifró, A., & Riba, M. D. (2003). Escala de depresión preescolar para maestros (ESDM 3-6): primeros resultados de validación. *Psicothema*, 15(4).
- Dorsch, F. (2005). *Diccionario de psicología*. Barcelona, España: Herder.
- Dunn, L. M., Dunn, L. M., & Arribas, D. (2010). *Peabody-III. Test de vocabulario en imágenes*. Madrid: Editorial TEA.
- Dunne, P. B. (2006). *The narrative therapist and the arts*. Possibilities Press, Drama Therapy Institute of Los Angeles.

- Ellis, A., & Dryden, W. (1987). *The practice of rational-emotive therapy (RET)*. Springer Publishing Co.
- Ellis, A. (1973). Are cognitive behavior therapy and rational therapy synonymous- *Rational Living*, 5(2), 8-11.
- Esparza, N., & Rodríguez, M. C. (2009). Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión. *Diversitas*, 5(1).
- Ferster, C. B. (1965). Classification of behavioral pathology. *Research in behavior modification*, 6-26.
- Frecuentes, P. (2004). Mutismo selectivo informe de la red norteamericana de ansiedad en la infancia.
- Freedman, J., & Combs, G. (1996). Gender stories. *Journal of Systemic Therapies*, 15(1), 31-46.
- Freeman, J., Epston, D., & Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Freud, S. (1909). *Analysis of a phobia in a five-year-old boy*. London, UK: Hogarth Press.
- Gallo-Lopez, L., & Schaefer, C. E. (Eds.). (2005). *Play therapy with adolescents*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- Freeman, J., Epston, D. y Lobovits D. (2001). *Terapia Narrativa para niños. Aproximaciones a los conflictos familiares a través del juego*. Paidós Ibérica. Barcelona.
- García Jubete, F. (2017). *Mutismo selectivo. Propuesta de intervención para disminuir la ansiedad en Educación Primaria*.
- Garibay Ramírez, J., Jiménez Garcés, C., Vieyra-Reyes, P., Hernández González, M. M., & Villalón-López, J. (2014). Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad.
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista latinoamericana de psicología*, 38(3), 493-507.

- Goleman, D. (2008). The secret to success. *The Education Digest*, 74(4), 8.
- González, M., Herrero, M., Viña, C. M., Ibáñez, I., & Peñate, W. (2004). El modelo tripartito: relaciones conceptuales y empíricas entre ansiedad, depresión y afecto negativo. *Revista latinoamericana de psicología*, 36(2).
- Hernández, M. J. (1994). Competencia social: intervención preventiva en la escuela. *Infancia y Sociedad: Revista de estudios*, (24), 21–48.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández, N. (2007). Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. Libros red. Pp. 29-33. Recuperado de: https://books.google.com.gt/books?id=EzlwZg_aH6AC&pg=PA29&dq=albert+ellis+terapia+racional+emotiva&hl=es&sa=X&ei=qr_3VVOOK7j7sATn9oDQDg&ved=0CD8Q6AEwBg#v=onepage&q=albert%20ellis%20terapia%20racional%20emotiva&f=false
- Herrera, M. Á. (2006) Consideraciones para el diseño didáctico de ambientes virtuales de aprendizaje: Una propuesta basada en las funciones cognitivas del aprendizaje. *Revista Iberoamericana de Educación*, 38(5), 1-19. Recuperado de <http://www.rieoei.org/deloslectores/1326Herrera.pdf>
- Hirshfeld-Becker DR, Biederman J, Henin A et al (2007). Behavioral inhibition in preschool children at risk is a specific predictor of middle childhood social anxiety: A five-year follow-up. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28:225-233.
- Hoogstra, L., & McDonald, S. K. (2006). Challenges, Incentives, and Obligations of Conducting Scale-Up Research. *Scale-up in education: issues in practice*, 2, 229.
- Hua, A., & Major, N. (2016). Selective mutism. *Current opinion in pediatrics*, 28(1), 114-120.

- Icaza, E. M. M., Borges-Guimaraes, G., Lara, C., Ramos-Lira, L., Zambrano, J., & Fleiz-Bautista, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud pública de México*, 47(1), 8-22.
- INEGI. (2015). Encuesta Nacional de los Hogares. México. Recuperado en: <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/salud/>
- Investigación y ciencia. (2016). El cerebro de las personas con depresión presenta interrupciones en sus conexiones neuronales. Chicago. Edición Española de Scientific American. Recuperado en: <https://www.investigacionyciencia.es/noticias/el-cerebro-de-las-personas-con-depresin-presenta-interrupciones-en-sus-conexiones-neuronales-13924>
- Jiménez, M. (2000). Competencia social: intervención preventiva en la escuela. *Infancia y Sociedad*, 24, pp. 21.
- Jordán, M. (2008). Multidisciplinary Therapy Approach Based on the Organization, not the Institution. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 127-135.
- Koch, K. (1962). El test del árbol. El dibujo del árbol como medio psicodiagnóstico auxiliar.
- Klein, M. (1955). The psychoanalytic play technique. In C. E. Schaefer (Ed.), *The therapeutic use of child's play* (pp. 125–140). Northvale, NJ: Aronson. (Reprinted from *American Journal of Orthopsychiatry*, 25, 223–237.)
- Knill, P. J., Barba, H. N., & Fuchs, M. N. (1996). Minstrels of Soul: Intermodal Expressive Therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 3(23), 275-276.
- Krauss, R. (1990). *Recreation and Leisure in Modern Society*. HarperCollins.
- Krysanski, V. L. (2003). A brief review of selective mutism literature. *The Journal of Psychology*, 137(1), 29-40.
- Landreth, G. L. (2002). Therapeutic limit setting in the play therapy relationship. *Professional psychology: Research and practice*, 33(6), 529.

- Lamas, A., & Superior, N. (2005). Juego, pensamiento y acciones lingüísticas. Instituto de Enseñanza Superior, (1).
- Ledo, I. C., González, H. I. L., & del Pino Calzada, Y. (2012). Técnicas narrativas: un enfoque psicoterapéutico. *Norte de salud mental*, (42), 59-66.
- Ley N.º 21. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Estados Unidos Mexicanos, 3 de febrero de 1983.
- López De Martín, S. R. (2011). TERAPIAS BREVES: LA PROPUESTA DE MICHAEL WHITE Y DAVID EPSTON. In III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- López, F. & Fuentes Rebollo, M. (1994). Revisión, análisis y clasificación de los estudios sobre desarrollo social. *Infancia y Aprendizaje*, 67-68, 163-185.
- López, L. (2000). Desarrollo neurológico del niño con edades comprendidas entre 4 y 5 años. Comunicación personal. San José, CR.
- Loredo Abdalá, A. (2017). El juego y los juguetes: un derecho olvidado de los niños.
- Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 576–617.
- Lowenfeld, V. (1972). El desarrollo de la capacidad creadora. Buenos Aires. Kapeluz.
- Luthar, S.; Blatt, S. J. (1995). Differential vulnerability of dependency and self-criticism among disadvantaged teenagers. *Journal of Research on Adolescence*; 5 (4), 431-449.
- MacKinnon, R. A., Michels, R., & Ottenwaelder, C. G. (1973). *Psiquiatría clínica aplicada*. Interamericana. Recuperado a partir de <http://www.sidalc.net/cgi->

<bin/wxis.exe/?IsisScript=BIBLIOHN.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mfn=003759>

- Martínez, A. C. (2014). Tristeza, depresión y estrategias de autorregulación en niños. *Tesis Psicológica*, 2(1), 35-47.
- Martínez, E. J. (2014). Desarrollo psicomotor en educación infantil. Bases para la intervención en psicomotricidad (Vol. 36). Universidad Almería.
- Ministerio de Salud (1998). Resolución Número 02358 de 1998, por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Meléndez, L. N. (1979). Una revisión de la versión castellana del " Peabody Picture Vocabulary Test". *Revista Latinoamericana de Psicología*, 11(1), 131-136.
- Moustakas, C. (1974). *Portraits of loneliness and love*. New York, NY: Prentice-Hall.
- Muñoz, A. (2005). *Autoterapia: guía para sanar las emociones*. Cepvi. com-Psicologia.
- Muñoz, M. P. R., & Marcial, M. R. T. (2005). *SERVICIO DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS*.
- Muñoz Barrera, A. D. R. (2016). *Expresión dramática en el desarrollo de la expresión oral en los niños de educación inicial del Centro Infantil del Buen Vivir El Panchito en la provincia de Pichincha cantón Quito, período 2014-2015* (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
- Muris, P., Mayer, B., & Meesters, C. (2000). Self-reported attachment style, anxiety, and depression in children. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 28(2), 157-162.
- National Research Council. (2009). *Mathematics learning in early childhood: Paths toward excellence and equity*. National Academies Press.
- Navas, R., & José, J. (1981). *Terapia racional emotiva*. *Revista latinoamericana de psicología*, 13(1).
- Newcomer, P. (1993). *Cómo enseñar a los niños perturbados*. México D.F.: FEC.

- Nicolopoulou, A. (2010). The alarming disappearance of play from early childhood education. *Human development*, 53(1), 1.
- Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. México. CENGAGE Learning. Pp. 93-95 y 202-220.
- Olivares, J., Maciá, D., & Méndez, F. X. (1993). Naturaleza, diagnóstico y tratamiento conductual del mutismo selectivo. Una revisión. *Análisis y Modificación de conducta*, 68, 771-791.
- OMS (2017a). *Depresión*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.
- Otárola Montoya, M. (2015). Prevalencia de la ansiedad y de la depresión en una muestra del personal de Servicios Generales de la Universidad de Costa Rica, que laboran en las Secciones de Transportes, Seguridad y Tránsito, Sede Rodrigo Facio.
- Parsons, T. (1990). El aula como sistema social: alguna de sus funciones en la sociedad americana- *Educación y Sociedad*, 6,173-195.
- Patraka, A. (1998). Shame, self-consciousness, locus of control, and perceptions of stuttering among people who stutter (Doctoral dissertation, Columbia University).
- Pauchard, H. (2002). *La depresión infantil: síntomas y tratamiento*. Avances en relaciones humanas.
- Pavio, A. y Begg, I. (1981) *Psychology of language*. New Jersey: Prentice-Hall
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa*. Paidós.
- Pérez Pedraza, P., & Salmerón López, T. (2006). Desarrollo de la comunicación y del lenguaje: indicadores de preocupación. *Pediatría Atención Primaria*, VIII (32), 111-125.
- Piaget, J., & Riani, M. (1983). *El lenguaje y el pensamiento en el niño: estudio sobre la lógica del niño*. Guadalupe.
- Piaget, J. L. (1975). *Epistemología de las relaciones interdisciplinarias (contenido en el volumen: el mecanismo del desarrollo mental)*.

- Piaget, J. (1932). *The moral judgment of the child*. New York, NY: Harcourt.
- Polaino-Lorente, A., & Cano, P. M. (1998). *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia*. ediciones RIALP.
- Pozo, E. S. (2005). *Depresión infantil y su influencia en el desempeño escolar de los niños de 5 y 7 de básica del Colegio La presentación* (Bachelor's thesis).
- Ramos, F., & Omenaca, J. V. R. (2011). La educación física en centros bilingües de primaria inglés-español: de las singularidades propias del área a la elaboración de propuestas didácticas prácticas con AIBLÉ. *Revista española de lingüística aplicada*, (24), 153-170.
- Rioja, M., & Pinto, B. (2008). TERAPIA NARRATIVA APLICADA A UN NIÑO CON PROBLEMAS DE CONDUCTA " ANDRÉS EL TRAVIESO". *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 6(1), 61-79.
- Riso, W. (1992). *Depresión*. Medellín: Centro de estudios avanzados en psicología clínica.
- Rutter, M., Izard, C. E. & Read, P. B. (1986). *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives*. Guilford Press.
- Ryan, N. D., Puig-Antich, J., Ambrosini, P., Rabinovich, H., Robinson, D., Nelson, B., ... & Twomey, J. (1987). The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Archives of general psychiatry*, 44(10), 854-861.
- Sáez, M. T. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología conductual*, 14(3), 511-532.
- Sáenz Jiménez, A. P., & Trujano Ruiz, P. (2015). Resignificación narrativa en la terapia grupal posmoderna. *Enseñanza e investigación en psicología*, 20(1).
- Salgado Lévano, A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71-78.
- Sangorrín, J. (2005). Disfemia o tartamudez. *Revista de neurología*, 41(1), 43-46.

- Schaefer, C. E. (1999). Curative factors in play therapy. *Journal for the Professional Counselor*, 14(1), 7–16.
- Schaefer, C. E. (2012). *Fundamentos de terapia de juego*. Editorial El Manual Moderno.
- SEP. (2011). *Programas de estudios 2011. Educación básica. Preescolar*. México: SEP.
- SERRANO BARQUÍN, C. A. R. O. L. I. N. A., ROJAS GARCÍA, A. D. E. L. A. I. D. A., RUGGERO, C., & LÓPEZ ARRIAGA, M. A. R. I. A. N. A. (2015). Depresión y ansiedad desde los estudios de género en estudiantes Universitarios.
- Shaffer, D. R., & Velázquez Arellano, J. A. (2000). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*.
- Solloa, (2001). *Los Trastornos psicológicos en el niño, etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. Mexico: Editorial Trillas.
- Sourander, A. & Helstelä, L. (2005). Childhood predictors of externalizing and internalizing problems in adolescence: A prospective follow-up study from age 8 to 16. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1. 415-423.
- Spitz, R. (2001). *El primer año de vida del niño*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Staats, A.W. (1975). *Social behaviorism*. Dorsey Press: Homewood, IL.
- Stagnitti, K., & Jellie, L. (2006). *Play to learn: Building literacy in the early years*. Curriculum Corporation.
- SCJ. (2012). Suprema Corte de Justicia- Tabasco, México. Recuperado por: https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/protocolo-justicia-ni_os-ni_as.pdf
- Téllez, M. N. B., Díaz, M. C., & Gómez, A. R. (2007). Piaget y LS Vigotsky en el análisis de la relación entre educación y desarrollo. *Revista Iberoamericana de Educación*, 42(7).
- Tinoco Pacheco, B. A. (2017). *Barreras de la comunicación sus variables y tratamiento en los procesos didácticos áulicos en educación básica*.

- Trad, P. V. (2012). *Infant Depression: Paradigms and Paradoxes*. Springer Science & Business Media.
- Trevarthen, C., & Burford, B. (1995). The central role of parents: how they can give power to a motor impaired child's acting, experiencing and sharing. *European Journal of Special Needs Education*, 10(2), 138-148.
- Vallés, A. & Vallés, C. (2000). *Inteligencia emocional. Aplicaciones educativas*. Madrid: Ed. EOS, Madrid.
- Van der Kolk, C. (1985). *Introduction to group counseling and psychotherapy*. Columbus, OH: Merrill.
- Vásquez, J. (2010). Advertencia médica contra la depresión infantil. La Unión. IMSS. Recuperado en: <https://www.launion.com.mx/morelos/sociedad/noticias/1097-advierten-m%C3%A9dicos-contra-la-depresi%C3%B3n-infantil.html>
- Vergara, R. (2018). Seis de cada 100 niños padecen depresión. *Proceso*. Vol.8. Recuperado desde: <https://www.proceso.com.mx/519529/seis-de-cada-100-ninos-padecen-depresion>
- Vernon, S. A., & Alvarado, M. (2014). Aprender a escuchar, aprender a hablar. La lengua oral en los primeros años de escolaridad. *Materiales para Apoyar la Práctica Educativa*. Retrieved Julio 21, 2016, from <http://publicaciones.inee.edu.mx/buscadorPub/P1/D/417/P1D417.pdf>
- Vygotsky, L. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona, España: Crítica.
- Vygotsky, L. (1978). Interaction between learning and development. *Readings on the development of children*, 23(3), 34-41.
- Vygotski, L. S., Cole, M., & Luriia, A. R. (1996). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores* (p. 66). Barcelona: Crítica.
- Vygotsky, L. S. (1989). *Obras completas, tomo V. Pueblo y Educación*, 1-26.

- Waelder, R. (1932). The psychoanalytic theory of play. In S. A. Guttman (Ed.), *Psychoanalysis: Observation, theory, application* (1976 collected works; pp. 84–100). New York, NY: International Universities Press.
- Watson, J. (1924) *Behaviorism*. Nueva York: Norton.
- White, M., & tr Bixio, A. (1997). *Guías para una terapia familiar sistémica*.
- White, M., & Epsom, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. Dulwich Centre.
- White, SW, Oswald, D., Ollendick, T., y Scahill, L. (2009). Ansiedad en niños y adolescentes con trastornos del espectro autista. *Revisión de psicología clínica*, 29 (3), 216-229.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. NY: W.W. Norton. ISBN 978-0-393-70516-4
- Washington University School of Medicine (2014). News release. St. Louis.
- Wicks, R. & Israel, A.C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall
- Winnicott, D. (1982). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.
- Yanez Ochoa, J. H. (2017). *Reporte de sistematización de la práctica psicológica del diagnóstico de conducta disocial de niños de 7 a 12 años de la fundación lenin cali najera ubicada en el guasmo sur*. (Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Psicológicas).
- Zapata, O. A. (1988). *El Aprendizaje por el juego: en la etapa maternal y preescolar*. Pax-México, Librería Carlos Césarman.
- Zlachevsky, A. M. (2014). La psicoterapia, curación por la palabra: una perspectiva sobre el lenguaje. *De familias y terapias*, 23(36).

ANEXOS

Escala de depresión preescolar para maestros (ESDM 3-6)
Edelmira Domènech-Llaberia (1996)

NOMBRE DEL NIÑO/ LA NIÑA: _____

NOMBRE DE LA MAESTRA A CARGO: _____

INSTRUCCIONES: Marque, por favor, una X en la casilla correspondiente.

N.º Durante las últimas semanas el niño /la niña:	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. Tiene la cara triste			
2. Protesta			
3. Habla y se relaciona con los compañeros			
4. Hace bien las tareas escolares			
5. Ríe o sonríe			
6. Parece cansado			
7. Lloro sin razón			
8. Dice que le duelen las piernas y/o la barriga y/o la cabeza			
9. Está contento			
10. Se encuentra participativo y activo en la escuela			
11. Hace referencia a la muerte (palabras o dibujos)			
12. Se aburre			
13. Le gustan los juegos de acción y el deporte			
14. Está pálido o desganado			
15. Juega con los compañeros			
16. Es lento en todo lo que hace			
17. Lo ve de mal humor			
18. Participa en clase			
19. Le gusta salir a jugar al patio			

Nota:

Es importante que responda esta pregunta, ya que usted es la persona más cercana dentro de la Institución y sus observaciones y habilidades profesionales permitirán que se establezca un mejor diagnóstico en el infante.

20. Comentario que quiera hacer con respecto a la conducta del niño /la niña, que considere relevante e importante, durante las últimas semanas: _____

¡Muchas gracias por su participación!

Ejemplo ESDM (3-6)

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

Escala de depresión preescolar para maestros (ESDM 3-6)
Edelmira Doménech-Llaberia (1996)

NOMBRE DEL NIÑO/LA NIÑA: _____

NOMBRE DE LA MAESTRA A CARGO: _____

INSTRUCCIONES: Marque, por favor, una X en la casilla correspondiente.

N.º Durante las últimas semanas el niño /la niña:	1 Casi nunca	2 A veces	3 Casi siempre	
1. Tiene la cara triste		X		3
2. Protesta	X			3
3. Habla y se relaciona con los compañeros		X		2
4. Hace bien las tareas escolares		X		2
5. Ríe o sonríe	X			3
6. Parece cansado		X		2
7. Lloro sin razón		X		2
8. Dice que le duelen las piernas y/o la barriga y/o la cabeza		X		2
9. Está contento	X			3
10. Se encuentra participativo y activo en la escuela	X			3
11. Hace referencia a la muerte (palabras o dibujos)		X		2
12. Se aburre		X		2
13. Le gustan los juegos de acción y el deporte		X		2
14. Está pálido o desganado		X		2
15. Juega con los compañeros		X		2
16. Es lento en todo lo que hace		X		2
17. Lo ve de mal humor		X		2
18. Participa en clase	X			3
19. Le gusta salir a jugar al patio		X		2

Muchos síntomas dep

Mamá golpes en el vientre empuja

dragón

Nota:

Es importante que responda esta pregunta, ya que usted es la persona más cercana dentro de la institución y sus observaciones y habilidades profesionales permitirá que se establezca un mejor diagnóstico en el infante.

20. Comentario que quiera hacer con respecto a la conducta del niño /la niña, que considere relevante e importante, durante las últimas semanas: *es una niña muy sensible le cuesta mucho expresar sus sentimientos, tímida, muy callada. apartada, mamá muy ausente.*

¡Muchas gracias por su participación!

Frida Durré P. Alvarado

42

MONSTRUO DE COLORES



BOTELLITA DE LA CALMA



CONOS DE COLORES



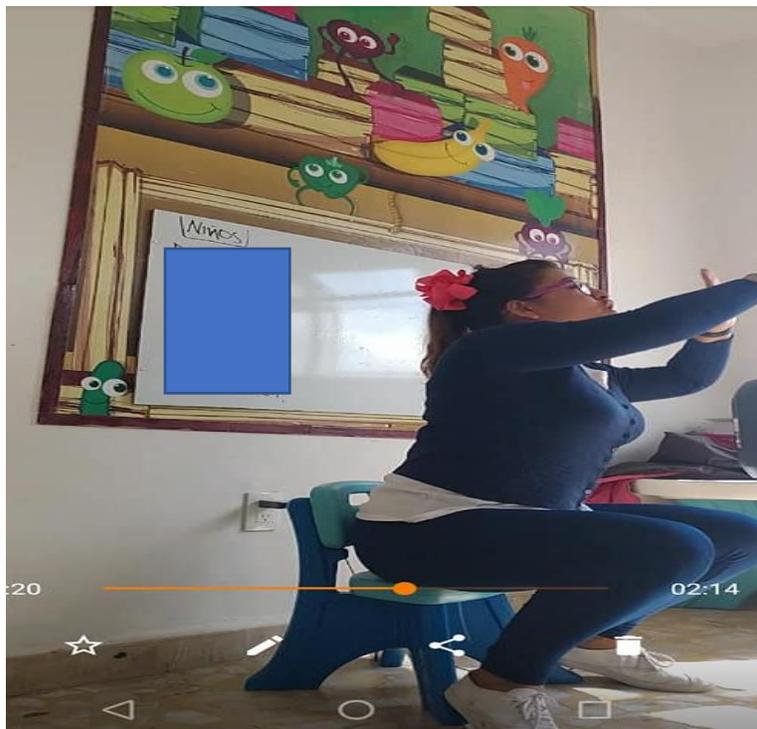
EL OSO MAURO NECESITA UN ABRAZO



EL DADO DE LAS EMOCIONES



DESPACIO DE TRANQUILIZO



PINTURA



ES HORA DE DECIR ADIÓS



BITÀCORA de las emociones SEMANA 25-27-29 DE JUNIO- PRIMER SEGUIMIENTO

NOMBRE DE LA MAESTRA A CARGO: MISS AD.

NIÑO / NIÑA	LUNES		MIÉRCOLES		VIERNES	
EL.						
DA.						
BE.						
LU.						

Instrucciones: La observadora evaluará diariamente el estado emocional del niño antes y después de la sesión de intervención, puntuando con estos colores. Puede puntuar con más de un color, según sea el caso.

Observaciones: _____



ALEGRE



ENOJADO/ AGRESIVO



MIEDO



TRISTE

Entrevista a padres

Ficha de identificación

Nombre del niño(a):	Lugar de nacimiento:
Edad:	Sexo:
Grado escolar:	

Instrucciones: Por favor, indique con una X las preguntas de opción múltiple. Las preguntas abiertas contéstelas lo más sincero posible, recuerde que esta información es confidencial y absolutamente nadie expondrá su experiencia de vida, ni la de su hijo (a), toda información es de anonimato, el nombre del niño es para realizar un expediente que profundice su estado emocional y se le dará un diagnóstico, según se presente el caso.

Datos iniciales

- ¿Qué posición de hijo ocupa el niño/la niña:
Primogénito___ Segundo___ Tercero___ Cuarto: _____ Otro: _____
- ¿Cuántos hermanos vivos tiene el niño/la niña: _____
- Calificación Apgar al nacimiento (si no lo recuerda): _____
- *¿Lloró al nacer? _____
- ¿El bebé tuvo problemas para respirar? _____
- ¿Qué información le dio el médico con respecto a la salud de su bebé al nacer?

Desarrollo perinatal

- En qué semana nació su hijo (a): 35 semanas o menos___ 36- 38semanas___
39-40 semanas___
- Después del nacimiento del bebé, ¿estuvo en incubadora? Si___ No___
¿Por qué? _____
- ¿Requirió hospitalización? Si___ No___ ¿Por qué? _____
- ¿Presentó alguna complicación durante el embarazo? Si___ No___
 Diabetes Gestacional Parto prematuro menos de 37 semanas
 Preeclampsia (hipertensión durante el embarazo) Indicios de aborto
Otros: _____
- ¿Fumaba? ___ ¿Ingería alcohol? ___ Otro tipo de sustancias: _____
- ¿Cómo se sentía? _____
- ¿Qué reacción tuvo al saber que estaba embarazada? _____

8. ¿Fue un embarazo planeado? _____
9. ¿Qué actividades realizaba mientras estaba embarazada como una forma de hacerle sentir cariño a su bebé (cantarle, contar historias, acariciar su panza u otras)?

* *Describe brevemente:* _____

10. ¿A qué edad (**especifique por favor, mes y año**), por primera vez, el niño:

Se sentó sin apoyo: _____ Gateó: _____ Se puso de pie por sí solo: _____

Caminó: _____ Pronunció sus primeras palabras: _____

Pronunció oraciones completas: _____ Aprendió a ir solo al baño, para hacer pipí: _____
 Aprendió a ir solo al baño, para hacer popó: _____

11. ¿De qué forma alimentó a su hijo (a) (pecho/mamila)? _____

Otros: _____ *¿Durante cuánto tiempo? _____

12. ¿Presentó algún tipo de enfermedad o dificultad su hijo durante las primeras semanas de vida?

Si _____ No _____

¿Cuáles? _____

Información de rutina diaria del niño

1. ¿Cómo le gusta a su hijo que lo llamen? _____

2. ¿Con quién vive el niño /la niña? _____

3. ¿Cuál es su comida favorita? _____ ¿Bebida? _____

4. ¿A qué juega cuando está solo? _____

5. ¿Y cuándo está acompañado? _____

6. ¿Con qué juguete en específico juega? _____

7. ¿Quién platica más con su hijo (a) (mamá, papá, hermano, tío, abuela)? _____

8. En la escuela, ¿Cómo describen al niño? _____

9. En la casa, ¿Qué actividades realiza? _____

10. ¿Cómo se comporta (callado/activo/tímido/platicador)? _____

11. Cuando le llaman la atención, ¿cuál es su reacción? _____

12. ¿Con qué persona le gusta estar más tiempo? _____

13. ¿Quién platica más con él? _____

14. ¿Considera que su hijo tiene un lenguaje fluido?
 _____ ¿Porquè? _____

15. ¿Cuál es su lugar favorito dentro y fuera de la casa?

16. ¿Algún suceso importante que haya pasado su hijo(a) durante la infancia?

17. ¿Cuándo hace algo incorrecto, ¿cómo reaccionan sus papás, ¿qué hacen al respecto?

18. ¿Con quién duerme el niño (solo, acompañado, mamá, papá)? _____

19. ¿Presenta problemas para dormir? Si ___ No ___

Por favor, señale según sea el caso:

Se duerme y despierta de repente en la madrugada llorando _____ Tiene pesadillas ___

Se hace popó consecutivamente en la cama _____ Tiene miedo a dormir solo (a) ___

Tiene insomnio _____ Otros casos _____

*Si su hijo (a) presenta terrores nocturnos, por favor indique: ¿Desde cuándo?

*¿Qué medidas han tomado para que esta situación desaparezca?

20. ¿Qué cosas platica su hijo generalmente? _____

21. ¿Cómo se relaciona con los demás niños? _____

22. ¿Ha tenido problemas de disciplina? _____

23. A qué nivel consideraría que su hijo (a) es feliz, tomando en cuenta que 0 es nada, 1 es poco, 2 es regular, 3 es alto, 4 es excesivamente feliz:

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

24. ¿Llora sin razón? _____ *¿Cuántas veces al día? _____

25. ¿Le han comentado si su hijo (a) tiene necesidades de educación especial? Si ___ No ___

*¿quién? _____ ¿Por qué? _____

26. ¿Número de escuelas a las que ha asistido? _____

27. De manera general, ¿Cómo describiría a su hijo (a)?

28. Describa brevemente, ¿Cuál es la rutina diaria de su hijo desde que despierta hasta que se duerme?

29. ¿Cuál es un día especial para su hijo (a):

Cumpleaños: _____ Fin de semana: _____ Vacaciones: _____ Otros: _____

*¿Qué actividades realizan durante ese día especial:

¿La familia padece alguna situación estresante actual, como enfermedad, muerte, despliegue militar, problemas económicos, múltiples mudanzas, pérdida de trabajo, recientemente o en las últimas fechas?

Si _____ así _____ es, _____ por _____ favor,
 descríbalos: _____

Datos de los padres

1. Estado civil de los padres: _____ ¿Los padres viven juntos? _____

Papá

Edad: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

30. Presenta alguna enfermedad diagnosticada (depresión/ansiedad /diabetes)?

31. Si/No _____ ¿Cuáles? _____

32. ¿Cuánto tiempo convive con su hija (o)? _____

33. ¿A qué juega cuando está con él/ella)? _____

34. ¿Cuál es el estado general del papá cuando está en casa (enojado/feliz/triste/irritado/emocionado/)?

35. Algún dato específico que quiera compartir y que considere importante del papá del niño/a:

Mamá

Edad: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

36. Presenta alguna enfermedad diagnosticada (depresión/diabetes/ansiedad)?

37. Si/No _____ ¿Cuáles? _____

38. ¿Cuánto tiempo convive con su hija (o)? _____

39. ¿A qué juega cuando está con él/ella)? _____

40. ¿Cuál es el estado general de la mamá cuando está en casa (enojado/feliz/triste/irritado/emocionado/)? _____

41. Algún dato específico que quiera compartir y que considere importante de la mamá del niño/a:

Muchas gracias

Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes una clara explicación de la investigación.

El presente proyecto denominado “Propuesta psicopedagógica para depresión infantil y sus implicaciones con lenguaje y comunicación: nivel preescolar” es conducido por la L.P Fidji Danaé Pérez Álvarez de la Maestría en Psicología de la UAEM, Morelos. La meta de este estudio es medir índices de síntomas depresivos que impidan el aprendizaje de las competencias básicas, y de este modo intervenir en estos efectos negativos.

La participación es estrictamente voluntaria, sin fines de lucro. La información que se recoja en las entrevistas y los instrumentos aplicados a sus hijos, serán confidenciales.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si algunas de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la L.P Fidji Danaé Pérez Álvarez.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio, sin mi consentimiento. Doy autorización para que se le hagan pruebas proyectivas y de lenguaje a mi hija (o), y también por si fuese seleccionada (o) para la intervención de 12 sesiones terapéuticas. Me comprometo a responder la entrevista de manera profunda y veraz, para hacer más efectiva el análisis psicológico de mi hijo (a).

Entiendo que puedo hacer preguntas de manera personal a la encargada del proyecto, para conocer los resultados de las pruebas que se le hagan a mi hijo, posterior a la aplicación. Como padre de familia no recibiré ningún apoyo económico en mi participación, en tal caso recibiré información necesaria para identificar cualquier anomalía que se pueda presentar en los datos finales de las pruebas.

Firma del tutor

Psicc. Fidji Danaé Pérez
Álvarez
Contacto:
Fidji.alvarez@hotmail.com

CANCIÒN SESIÒN 1- RAPPORT

SOY UNA SERPIENTE- DÙO TIEMPO DEL SOL

Soy una serpiente

que anda por el bosque

buscando una parte de su cola

¿Quiere ser usted una parte de mi cola?

Soy una serpiente

que anda por el bosque

buscando una parte de su cola

¿Quiere ser usted una parte de mi cola?

EL AVIÒN VA ATERRIZAR

El avión viene volando, volando bajo viene avión

Quién podrá ayudarlo, ese quiero ser yo (¡tigre! Grrrr – triste- feliz)

Ese avión llega, llega a su misión, ¿quién podrá ayudarlo?

Ese quiero ser yo (caballo-toc-toc- feliz-triste)

Fecha: 25/ Junio/ 18.

Prefijos de nombres:

- | | |
|--|---|
| 1. Da.-(GOLPES EN EL VIENTRE-
RECHAZO) | 4. El.-(PADRES AUSENTES) |
| 2. Pa.-(SUICIDIO DEL PADRE) | 5. Be. -(PADRES AUSENTES) |
| 3. Ro.-(ASESINATO DEL PADRE
FRENTE AL NIÑO) | 6. Lu.-(RECHAZO DE AMBOS
PADRES) |

CANCIÓN DE FONDO SESIÓN 2

Música para el trabajo manual

<https://www.youtube.com/watch?v=GUPJMwVGVj8>

Actividad: botellita de la calma

Fecha: 27/ Junio/ 18.

CANCIÓN SESIÓN 3

LÌO DE EMOCIONES JR. MUÑOZ

Fecha: 29/ Junio/ 18.

¡Vaya qué lío,
con las emociones
que tiene el monstruo
de los colores!

Amarilla es la alegría,
la tristeza es azul
y la ira será roja
siempre que te enfades tú.

¡Vaya qué lío,
con las emociones

que tiene el monstruo
de los colores!

Pintarás de negro el miedo
y la calma verde es
y si estás enamorado
será rosa tu pared.

¡Vaya qué lío,
con las emociones
que tiene el monstruo
de los colores!

SESIÓN 3 CUENTO MONSTRUO DE COLORES

Anna Llenas

Este es el cuento del monstruo de colores.

Este monstruo de colores, hoy se ha levantado raro... confuso ... aturdido, no sabe muy bien qué le pasa.

¿Ya te has vuelto a confundir? ¿Cuándo aprenderás? ¡Ya te hiciste mucho lío! – Le dice su amiga Katy

¡Cuánto te has perdido con tus emociones, así todas revueltas no funcionan!

Tendrías que separarlas y colocarlas en un bote, cada una en su lugar, si quieres te ayudo a poner orden.

-La alegría es contagiosa, brilla como el sol, parpadea como las estrellas.

Cuando estás alegre ríes, bailas, saltas, juegas y quieres compartir tu alegría con los demás.

-La tristeza siempre está extrañando algo, es suave como el mar, dulce como los días de lluvia.

Cuando estás triste te escondes y quieres estar solo, no te dan ganas de hacer algo.

-La rabia arde al rojo vivo, y es feroz como el fuego que quema fuerte y es difícil apagar.

Cuando estás enojado sientes que se ha cometido una injusticia, y quieres descargar la rabia con otros.

-El miedo es cobarde, se esconde y huye, como un ladrón en la oscuridad.

Cuando sientes miedo te vuelves pequeño y poca cosa, y crees que no podrás hacer las cosas que se te pide, hablas muy bajito y te sientes poco importante.

-La calma es tranquila como los árboles, ligera como una hoja al viento.

Cuando estás en calma respiras poco a poco y profundamente, te sientes en paz.

Estas son tus emociones, cada una tiene una función diferente, y ordenadas funcionan mejor.

¿Ves qué bien se encuentra cada una en orden?

Amarillo: alegría, rojo: enojo, verde: calma, azul: tristeza, negro: miedo.

Pero... ¿ahora me puedes contar cómo te sientes?

CANCIÓN DE FONDO PARA SESIÓN 4

Adivina, adivinanza, adivina lo que siento

Adivina, adivinanza, adivina lo que siento lo que siento si de pronto alguien me valora- alegría, alegría, alegría, alegría.

Adivina, adivinanza, adivina lo que siento si de pronto alguien no me quiere-

La tristeza, la tristeza, la tristeza, la tristeza.

Adivina, adivinanza, adivina lo que siento, lo que siento si de pronto alguien me hace burla-

El enfado, el enfado, el enfado.

Adivina, adivinanza, adivina lo que siento, lo que siento si de pronto, alguien nos celaba-

Desagrado, desagrado, desagrado.

Adivina, adivinanza, adivina lo que siento, lo que siento si de pronto, alguien me da un susto-

Mucho miedo, mucho miedo.

Adivina, adivinanza, adivina lo que siento si de pronto, alguien me visita-

Qué sorpresa, qué sorpresa, qué sorpresa.

SESIÒN 4

Fecha: 02/ Julio/ 18.

SESIÒN 5

Fecha: 04/ Julio/ 18.

SESIÒN 6

Fecha: 06/ Julio/ 18.

CUENTO SESIÒN 7

Fecha: 09/ Julio/ 18.

Oso Mauro necesita un abrazo

Este oso se llama Mauro y este oso se despertó por la mañana y bostezó así (OOOOOO), no como era un oso cualquiera sino como bostezan los osos, que no es (aaa), no, solamente así (AAAAA) y cuando un oso bosteza, pues se te ponen los pelos así de punta, y se oye por todo el campo.

Después de bostezar así (AAA) se levantó y se quitó el pijama, se le fue cayendo los pantalones, se quitó la camisa, y se dejó caer la camisa, y luego se peinó, porque los osos tienen pelo por todas partes, tienen pelo en los brazos, en las pompas, se peinó también las piernas, y por los pies y cuando ya estaba peinadito, se puso la bufanda y se fue a buscar un abrazo.

Empezó “yo quiero un abrazo, a mí me gustan los abrazos grandes, grandotes, grandototes” y empezó a caminar levantando las manos en busca de su abrazo, y cuando de repente vio una bola grandota de nieve la tomó, pero estaba tan pesada que lo tumbó. Entonces dijo “mmmm... (se puso triste) a mí me gustan los abrazos altos, muy altos, tan altos como (digo un nombre) también como (digo otro nombre hasta que pasen todos los niños)... Siguió caminando por el bosque, recogió todas las hojas y les dio un abrazo a todas las hojas, pero claro... las hojas empezaron a caerse por

los lados, y el oso con lágrimas en sus ojos comenzó “yo quiero un abrazo, quién puede dármelo” y no había manera de que le dieran un abrazo al pobre oso Mauro, y entonces la lechuza que lo escuchó le dijo: “bueno, ven para acá, súbete al árbol y allí a mí me dan abrazos”, de verdad? Dijo Mauro, y se subió a lo alto del árbol... y no saben lo que le pasó, cuando se subió al árbol de repente, se sentó y se dio cuenta que comenzaba a resbalarse lentamente “noooo” (mientras caía) la lechuza decía “ay dios mío, es que este oso es unas babas”, y no había manera de que le dieran un abrazo.

Pero entonces el oso Mauro vio un agujero en el suelo, metió las manos, sintió unas orejas grandes y puntiagudas, un rabito redondito y “zaz” y sacó un conejo asustado, y el conejo: ¿pero bueno, pero bueno, ¿qué pasa aquí?”

Y como el oso no tenía quién lo abrazara lloró más fuerte, hasta que le salieron moquillos de la nariz, y comenzó a limpiarse con el rabito del conejo, mientras este decía “cómo se te ocurre, soy un conejo, no un pañuelo”

Entonces el conejo se llevó a Mauro a un lugar lejos de ahí, caminaron y caminaron hasta que llegaron a una cueva, allí empezaron escuchar algo así como (AAAAA) y Mauro se metió a la cueva, entonces empezó a sentir que aquel lugar le era familiar, y continuó caminando... mientras tanto se escuchaba (AAAAAAA, un bostezo lejano) ... Mauro dijo: “esto a mí me suena, me es familiar” y cuando se metió más al fondo de la cueva, se encontró con la sorpresa que allí estaba... SU MAMÀ, y la mamá le dio un abrazo de Osa, así (demostración con el niño) grandote y Mauro dijo: YA SÈ! Mis abrazos preferidos, son los abrazos que me da un ser querido.

CANCIÓN DE SESIÒN 8

(Trad. Arr., D. Dubbeldam, J. van der Plas)

Fecha: 11/ Julio/ 18.

FAMILIA DEDO

Papá dedo, papá dedo ¿Dónde estás?
Aquí estoy, aquí estoy ¿Cómo estás?

Papá dedo, papá dedo ¿Tu nombre cuál es?
El pulgar, el pulgar,
Es lo que es

Mamá dedo, mamá dedo ¿Dónde estás?	Aquí estoy, aquí estoy ¿Cómo estás?
Aquí estoy, aquí estoy ¿Cómo estás?	Hermana dedo, hermana dedo, ¿Tu nombre cuál es?
Mamá dedo, mamá dedo ¿Tu nombre cuál es?	Anular, el anular
Índice, el índice	Es lo que es
Es lo que es	Dedo bebé, dedo bebé, ¿Dónde estás?
Hermano dedo, hermano dedo ¿Dónde estás?	Aquí estoy, aquí estoy ¿Cómo estás?
Aquí estoy, aquí estoy ¿Cómo estás?	Dedo bebé, dedo bebé, ¿Tu nombre cuál es?
Hermano dedo, hermano dedo ¿Tu nombre cuál es?	Meñique, el meñique,
Corazón, el corazón	Es lo que es
Es lo que es	La familia dedo, familia dedo ¿Dónde estás?
Hermana dedo, hermana dedo ¿Dónde estás?	Aquí estamos, aquí estamos ¿Cómo estás?
mano en el aire la mano Adiós!	Familia dedo, familia dedo, cinco dedos son...

Fecha: 13 Julio/ 18.

CANCIONES DE LA SESIÒN 9

Música instrumental para niños -fondo

<https://www.youtube.com/watch?v=5OaqVoJ1Baw>

CANCIONES DE LA SESIÒN 10

CORTOMETRAJE

Los amigos que se golpeaban entre ellos y a los demás

<https://www.youtube.com/watch?v=dRzuAr98-MU>

Fecha: 16/ Julio/ 18.

CANCIÒN DE LA SESIÒN 11

“Es hora de decir adiós”

https://www.youtube.com/watch?v=0QQhU_QOLes

Emoticanto: Despacio me tranquilizo

Respiro muy deprisa cuando me enfado
si me tranquilizo respiro más despacio.

Hablo muy deprisa cuando me enfado
si me tranquilizo hablo más despacio.

Y cuando me enfado...

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

yo me tranquilizo

Si vuelvo a enfadarme...

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

sé tranquilizarme.

Ando muy deprisa cuando me enfado
si me tranquilizo ando más despacio.

Me duele la cabeza cuando me enfado

si me tranquilizo se me va pasando.

Y cuando me enfado...

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

yo me tranquilizo

Si vuelvo a enfadarme...

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

sé tranquilizarme.

Pierdo la cabeza cuando me enfado
si me tranquilizo los voy encontrando.

Salen mal las cosas cuando me enfado
si me tranquilizo mejora el resultado.

Y cuando me enfado...

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

yo me tranquilizo

Si vuelvo a enfadarme...

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

sé tranquilizarme.

Respiro muy deprisa cuando me enfado
si me tranquilizo respiro más despacio

Fecha: 18/ Julio/ 18.

CANCIÓN DE LA SESIÓN 12

“Rock de las emociones”

<https://www.youtube.com/watch?v=hX60bIksDsU>

“Es hora de decir adiós”

https://www.youtube.com/watch?v=0QQhU_QOLes

Fecha: 20/ Julio/ 18.

Historia del abejorro “evolución de la imaginación”



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Jefatura de Maestría en Psicología

"1919-2019, en memoria del General Emiliano Zapata Salazar"

Cuernavaca Mor., a 28 de Agosto de 2019
FPSIC/SPOSG/MAEST/2019/624
ASUNTO: Votos Aprobatorios

DR. GABRIEL DORANTES ARGANDAR
COORDINADOR ACADÉMICO
DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T E

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesis titulada: **"PROPUESTA PSICOPEDAGÓGICA PARA DISMINUIR SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FAVORECER EL LENGUAJE – COMUNICACIÓN A NIVEL PREESCOLAR"** trabajo que presenta la C. **"Fidji Danaé Pérez Álvarez"**, quien cursó la MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA perteneciente a la Facultad de Psicología de la UAEM, en las instalaciones de la Facultad de Psicología.

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

ATENTAMENTE

VOTOS APROBATORIOS

COMISIÓN REVISORA	APROBADO	CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*	SE RECHAZA*
DRA. DENI STINCER GÓMEZ			
DR. ULISES DELGADO SÁNCHEZ			
MTRA. LUZ XIMENA RAMÍREZ BASSAIL			
DR. RICARDO MAGOS NÚÑEZ			
DR. LUIS PÉREZ ÁLVAREZ			

*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).

C.c.p.- Archivo